

N° D'ORDRE

ANNÉE 1966

105

LE GÉNÉRALISTE ET LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

INFORMATIONS RECUEILLIES AU COURS D'UNE ENQUÊTE-INTERVIEW
AUPRES DE 50 MEDECINS GENERALISTES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 27 Juin 1966

POUR OBTENIR

LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Monsieur BEAUDET Marc

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

né le 22 Juillet 1932 à La Chapelle-de-Guinchay (Saône-et-Loire)

N° D'ORDRE

ANNÉE 1966

LE GÉNÉRALISTE ET LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

INFORMATIONS RECUEILLIES AU COURS D'UNE ENQUÊTE-INTERVIEW
AUPRES DE 50 MEDECINS GENERALISTES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 27 Juin 1966

POUR OBTENIR

LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Monsieur BEAUDET Marc

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

né le 22 Juillet 1932 à La Chapelle-de-Guinchay (Saône-et-Loire)

LE GÉNÉRALISTE ET LES PROBLÈMES
DE SANTÉ MENTALE

PAR M. J. H. VAN DER KAM
MÉDECIN EN CHEF DU HÔPITAL DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE



A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE LEIDEN
PAR
LE GÉNÉRAL DE DOCTEUR EN MÉDECINE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyens honoraires : M. J. LEPINE Membre de l'Institut
M. H. FERRAHI Correspondant de l'Institut

Doyen : M. J. F. CIBER Assesseurs : M. J. LEVRAT
M. J. DORCHE

Professeurs Honoraires

MM. PATEL - LEPINE - TRILLAT - MOURIQUAND - GARIN - GATE - MARTIN
GABRIELLE - SAINTY - DUCLOS - GUILLEMINET - FERRAHI - ROCNET -
POLLOSSON - ENSELME - WERTHEIMER - SARROUY

Professeurs

MM. CIBERT	Clinique Urologique
PONTIUS (détaché à Beyrouth)	Physique biologique
DECHAUME	Clinique Neuro-psychiatrique et d'Hygiène mentale
CHAMBON	Chimie organique et toxicologie
PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B
FROLANT	Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires
CROIZAT	Clinique médicale C
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A
REVOL	Pharmacie galénique
PIGEAUD	Clinique obstétricale
BOURRET	Médecine du Travail
LEVRAT	Clinique médicale A
SOMIER	Hygiène et action sanitaire et sociale
NETIEN	Botanique et cryptogamie
BERTRAND	Clinique chirurgicale C
BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique
DREVON	Pharmacie chimique et pharmacologie
ROCHE	Médecine légale et déontologie
COUDERT	Parasitologie et pathologie exotique
MOUNIER-KUTH	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie
PAUFIQUE	Clinique ophtalmologique
THIERS	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie
BRUN	Clinique de pneumo-phthisiologie
CREYSSEL	Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique
DARGENT	Clinique carcinologique
GUICHARD	Anatomie pathologique

GIRARD Paul	Pathologie générale et expérimentale
LATARJET	Anatomie
PEYCELON	Clinique chirurgicale B
GIRARD Marcel	Clinique médicale D
VACHON	Pathologie médicale
GALY	Physio-pathologie des voies respiratoires
PAPILLON	Radiologie
JEUNE	Clinique médicale infantile et hygiène du 1er âge
GONIN	Thérapeutique
MOINET	Clinique médicale infantile B
BAUSSILLON	Physiologie et pathologie obstétricales
CHATOINET	Physiologie B
GUINET	Clinique endocrinologique
TRILLAT	Clinique de chirurgie orthopédique
FREIDEL	Clinique stomatologique
MARION Joseph	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infan- tiles
DORCHE	Matière médicale et législation pharmaceutique
DUMONT Louis	Histologie et embryologie
PERROT	Chimie
CIEE J.F.	Physiologie A.
PIERRE J.	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire
MICHAUD Pierre	Clinique de chirurgie cardiaque
MATHIEU	Clinique gynécologique
FAUCON	Biologie médicale et pharmacodynamie
BERTOYE	Clinique des maladies infectieuses
VIGNON	Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale
CIEE André	Pharmacodynamie
VINCENT D.	Biochimie appliquée
X...	Chimie biologique et médicale
X...	Bactériologie
X...	Pathologie chirurgicale

Professeurs à titre personnel

MM. BERGER	Physique nucléaire appliquée à la médecine
MAISUY	Neuro-chirurgie
COLLET	Chimie générale et pharmaceutique
LACROIX	Hygiène et climatologie
LIABRAS	Clinique chirurgicale propédeutique
LECUINRE	Neuro-chirurgie
REVOL	Hématologie
GOINARD	Clinique thérapeutique chirurgicale et chirurgie expérimentale
PONT	médecine générale
TRAEGER	Pathologie métabolique et rénale

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Professeurs sans chaire

MM. ROMAN	Parasitologie
FEROLDI	Anatomie pathologique
MORET	Physique biologique
ODEUX	Botanique et cryptogamie
de SOLLIERS	Chimie analytique
DESPIERRES	Médecine générale
GARIN	Parasitologie
TOLOT	Médecine du travail
THIVOLET	Hygiène

Maitres de Conférences Agrégés titulaires

MM. CREYSSEL Roger	Chimie biologique
PINET	Electro-radiologie
GUYOTAT	Neuro-psychiatrie
DESCOTES	Chirurgie générale
JOUVET	Pathologie expérimentale
PEYRIN	Physique biologique
TOUMASI	Anatomie pathologique
BUFFARD	Electro-radiologie
LEJEUNE	Médecine générale et thérapeutique
de MOURGUES F.	Stomatologie
NAUSSAC	Maladies infectieuses
REDOUILLAT	Chirurgie générale
ROMAGNY	Pédiatrie
DELAHAYE	Médecine générale
DELEUZE	Anesthésiologie
GIRAUD	Electro-radiologie diagnostic et thérapeutique
MICHEL	Anesthésiologie
FRANCOIS	Pédiatrie et Puériculture
MICHOULIER	Chirurgie générale
COLOMB	Dermatologie
LAMBERT	Médecine générale
FRIES	Médecine générale
GILLY	Pédiatrie
ROBERT	Médecine générale
BOUCHET	Anatomie
BETHENOD	Pédiatrie
GERMAIN	Immunologie, sérologie, hématologie
KALB	Pneumo-phthisiologie
LARBRE	Pédiatrie
SOUSTELLE	Chirurgie générale
VIALA	Médecine générale
VINCENT	Bactériologie, parasitologie virologie
GIEROD	Histologie et embryologie
GRAS	Chimie biologique
MALLEIN	Chimie analytique
COLIN	Médecine légale
BERTRAND	Chimie biologique
MARET	Chirurgie générale

VIALLIER-RAYNARD
CHOLLAT
FLEURETTE

Bactériologie
Electro-radiologie
Bactériologie

Maîtres de conférences agrégés stagiaires

MM. FAYRE-GILLY
BIRTAT
FLANDROIS
COLLET
DIZOLON

Nématologie
Hygiène
Physiologie
Pharmacie galénique
Physique

Agrégés en exercice

MM. MARION Pierre
BOHAMOUR
de MOURGUES Georges
DEVIC
DUMONT Martial
DURAND
FRANÇOILLON
SAUBIER
SCHOTT
ALLEGRET
CHASSARD
FAYSSE
GAILLARD
GARDE
FUGONNIER
MORIEZ
MOUQUET-LUTT Alain
NORMAND
PERRIN André
DUMAS
GARNIER
NOEL
SCHNEPP
NOTER

Chirurgie générale
Ophtalmologie
Chirurgie générale
Médecine générale
Obstétrique
Urologie
Chirurgie générale
Chirurgie générale
Neuro-psychiatrie
Neuro-chirurgie
Electro-radiologie
Orthopédie
Oto-rhino-laryngologie
Médecine générale
Ophtalmologie
Médecine générale
Chirurgie générale
Médecine générale
Médecine générale
Stomatologie
Obstétrique
Médecine générale
Orthopédie
Gynécologie obstétricale

Examineurs de la Thèse :

Président : Monsieur le Professeur DECHAUME

Assesseurs : MM. Professeur TOLLOT
Professeur Agrégé GUYOTAT
Professeur Agrégé COLIN

A MA FEMME

A MES FILLES, RASCALE et RAPHAËLE

A MES PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DECHAUME

Nous avons eu le plaisir d'être interne un an et demi dans son service à l'Hôpital du Vinatier. Nous avons beaucoup apprécié l'ouverture de son service vers l'extérieur de l'Hôpital et en particulier vers les médecins généralistes, ceci a déterminé le choix de notre travail.

Nous le remercions de la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli, et nous lui savons gré d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre Jury.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TOLLOT

Il a bien voulu accepter de juger notre travail et nous l'en remercions vivement car il est pour nous le représentant de tous les médecins généralistes qui ont participé très activement à cette enquête.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ GUYOTAT

Il a inspiré le sujet de ce travail et nous l'en remercions car c'était une réponse à une préoccupation personnelle.

Nous avons beaucoup appris au cours du temps passé dans son service. Ses qualités de tact et de cordialité nous ont aidé tout particulièrement dans l'apprentissage parfois difficile de la psychothérapie. Son mode de relation au malade est, et restera pour nous, un modèle.

Nous le remercions d'avoir accepté que nous participions encore actuellement au travail de son équipe, et nous espérons ne pas le décevoir.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ COLIN

Nous apprécions particulièrement l'ampleur de sa culture, le souci qu'il a des dimensions sociologiques de la psychiatrie.

Nous avons bénéficié de son enseignement de criminologie, qui est un aspect si important de la pathologie du XX^e siècle.

Nous le remercions d'avoir accepté de juger ce travail et nous espérons qu'il y verra l'expression de notre gratitude.

A TOUS LES MEDECINS GENERALISTES

Qui ont bien voulu participer à cette enquête et qui y ont consacré du temps, malgré un horaire toujours surchargé.

Nous les remercions bien vivement de la cordialité avec laquelle ils nous ont reçu, et nous souhaitons être resté fidèle à l'expression de leur pensée.

A NOS MAÎTRES DE L'HÔPITAL DU VINATIER

MONSIEUR LE DOCTEUR BEAUJARD

Il nous a accueilli à notre arrivée à l'Hôpital du Vinatier et nous a mis d'emblée et sans heurts en présence du monde psychotique par la profondeur de sa relation avec le malade, nous l'en remercions.

MONSIEUR LE DOCTEUR REQUET

Nous avons tiré un grand enseignement de sa relation avec le schizophrène et nous avons été particulièrement intéressé par l'expérience de thérapie collective qu'il poursuit dans ce domaine. Nous le remercions de nous avoir apporté une dimension philosophique du monde schizophrénique, qui manquait à notre culture psychiatrique.

MONSIEUR LE DOCTEUR BALVET

Nous apprécions beaucoup la liberté que nous avons trouvée dans son service, qui ne s'étend pas seulement aux malades mais aussi à l'ensemble de l'équipe soignante. Nous admirons beaucoup son intuition aigüe des difficultés interrelationnelles, qui est déjà un dépassement des conflits éventuels. Nous lui témoignons notre gratitude pour tout ce qu'il nous a appris.

MONSIEUR LE DOCTEUR ACHAMINETTE

Pendant le temps assez court où nous avons travaillé dans son service, nous avons apprécié son sens de l'organisation qui nous faisait parfois défaut, et son goût à rechercher toutes les dimensions socio-familiales de l'aliénation.

MONSIEUR LE DOCTEUR BROUSSOLLE

Nous le remercions de nous avoir ouvert
les portes de deux mondes : le monde pénitentiaire
où nous avons fait l'expérience délicate de la
relation avec le délinquant, et le Nouveau Monde
qui nous a permis d'élargir nos horizons et de
connaître un peu et apprécier le peuple américain.

AUX MEDECINS DE L'HOPITAL DU VINATIER

MONSIEUR LE DOCTEUR BERTHIER

MONSIEUR LE DOCTEUR BECAGNE

A TOUS LES MEDECINS, CHEFS de CLINIQUE et ASSISTANTS
de l'HOPITAL

A MES CAMARADES de l'INTERNEAT

AU PERSONNEL SOIGNANT

AUX MALADES de l'HOPITAL

Tous m'ont beaucoup appris et je leur en sais gré.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VESSELDENIER

Il nous a enseigné au Manhattan State Hospital une technique de l'entretien qui ne soit jamais traumatisante mais thérapeutique pour le malade. Nous avons particulièrement apprécié le tact qu'il manifestait dans son rôle de leader des groupes de formation.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEHEBE

Il nous a accepté un an dans son service du Manhattan State Hospital. Nous le remercions de nous avoir permis d'élargir notre culture sociologique et de nous avoir montré les pièges de l'expérimentation médicamenteuse.

A MADemoisELLE LATREILLE, Assistante de Psychologie
à la Faculté des Lettres et Sciences Humaines

Elle a bien voulu nous aider et nous conseiller dans ce travail et, au-delà de la méthodologie, nous faire profiter de la richesse de son enseignement lié au souci permanent d'écouter. Nous lui témoignons toute notre gratitude.

A NOS MAITRES de L'HOPITAL SAINT JOSEPH

MONSIEUR LE DOCTEUR TOURNIAIRE

MONSIEUR LE DOCTEUR SAVOIE

MONSIEUR LE DOCTEUR TRERCEZ

MONSIEUR LE DOCTEUR NESTRALLET

MONSIEUR LE DOCTEUR POUZET

MONSIEUR LE DOCTEUR FRIEL

Ils nous ont enseigné les bases indispensables de notre culture médicale. Nous les en remercions bien vivement.

A TOUS LES CAMARADES EXTERIEURS ET INTERIEURS DE L'HOPITAL
SAINT JOSEPH-

INTRODUCTION

Le monde clos et ignoré de l'hôpital psychiatrique est inquiétant pour le jeune interne qui débute dans le métier, d'autant plus qu'il y a rarement pénétré avant de prendre ses fonctions. Cette coupure du monde extérieur lui apparaît avec netteté dans le domaine des relations avec les autres médecins non psychiatres.

Le médecin généraliste qui envoie le malade à l'hôpital psychiatrique y vient rarement en visite, et inversement, le psychiatre entre rarement en contact avec lui, même par lettre.

Cette autarcie n'est plus de mode avec la création de la sectorisation de l'hygiène mentale comprenant, foyer de post-cure, dispensaire, hôpital de jour et hôpital de nuit. Les vieilles habitudes demandent à être dépassées.

C'est en définitive, le malaise que créent tous ces murs entre psychiatre et généraliste, qui a joué un rôle dans le choix de ce sujet, ainsi qu'un désir peut-être naïf de faire quelque chose pour changer cet état de fait.

Il semble en effet, que, si le psychiatre est directement concerné par l'organisation de l'hygiène mentale extra-hospitalière, le médecin généraliste a certainement un rôle important à jouer dans ce domaine.

La préoccupation d'établir des contacts, s'est concrétisée en une enquête auprès de médecins généralistes d'un secteur géographique pour essayer de recueillir quelques éléments d'information et créer un embryon d'échanges.

CHAPITRE I

ASPECTS METHODOLOGIQUES

1) - CADRE de l'ENQUETE

La technique utilisée est celle de l'enquête-interview auprès de tous les médecins généralistes d'un secteur géographique suburbain lyonnais comprenant 3 agglomérations de 105.000, 27.000, et 12.000 habitants. 52 généralistes ont été contactés, 50 ont accepté l'entretien.

La répartition des médecins suivant le temps d'installation s'établit selon le tableau suivant :

<u>nombre d'années d'installation</u>	<u>nombre de médecins</u>
1 an	7 méd.
2 -	1 -
3 -	5 -
4 -	3 -
6 -	1 -
8 -	1 -
9 -	2 -
10 -	4 -
11 ans	1 méd.
13 -	4 -
15 -	2 -
18 -	2 -
19 -	1 -
20 -	6 -
26 ans	3 méd.
30 -	1 -

soit en tout 25 médecins

soit en tout 16 médecins

soit en tout 3 médecins

' 33 ans	' 2 méd.	'
' 35 -	' 1 -	' soit
' 38 -	' 2 -	' en tout
' 40 -	' 1 -	' 6 médecins

La moitié des médecins de ce secteur géographique sont donc installés depuis moins de 10 ans, et 7 sont installés très récemment, ce qui correspond à l'essor démographique.

2) MODALITES DE LA PRISE DE CONTACT

L'interview était sollicitée par une lettre envoyée préalablement aux médecins, où l'enquêteur se présentait en faisant connaître sa fonction d'interne à l'hôpital psychiatrique voisin. Les buts de l'enquête étaient schématisés dans cette lettre circulaire envoyée pour la première prise de contact et dont les grandes lignes peuvent se résumer ainsi :

1 - recueillir des informations sur les problèmes d'ordre psychiatrique de la clientèle du généraliste

2 - opinion des médecins sur l'établissement d'une politique de secteur psychiatrique

3 - ce travail était présenté comme faisant l'objet de la thèse de doctorat en médecine de l'enquêteur.

Le rendez-vous a été pris directement par l'enquêteur auprès de chaque médecin, et non auprès de la secrétaire de celui-ci. Ceci a permis au médecin de demander à l'avance des informations complémentaires et d'exprimer rapidement son attitude globale vis à vis de l'enquête. Cette attitude communiquée fugacement au cours de l'entretien téléphonique s'est vérifiée de manière très fidèle au cours de l'entretien lui-même.

.....

3) ATTITUDE DES GENERALISTES VIS A VIS DE L'ENQUETE

Ces différentes attitudes peuvent se résumer ainsi :

1)- 23 médecins ont manifesté une attitude positive et un accueil cordial, 12 déclarant que le sujet était "très intéressant", et 10 qu'il "était intéressant". Tous ont réservé un temps particulier, souvent le soir après le cabinet ou après les visites, ou le soir après le repas, ou le matin avant le début des consultations "afin de pouvoir prendre son temps". L'entretien dans ces cas a duré de 3/4 d'heure à 2 heures.

2)- 14 médecins ont manifesté en même temps qu'une grande cordialité, une attitude plus réservée, souvent un certain embarras devant l'enquête ; certains avaient préparé quelques réponses et recherché dans leur fichier ce qui serait susceptible d'entrer dans l'entretien. Ces médecins n'avaient en général réservé une 1/2 heure. L'entretien n'a jamais duré plus de 3/4 d'heure. Cette attitude s'exprimait ainsi : "Que voulez-vous savoir, je n'ai pas grand'chose à vous dire".

3)- 2 médecins ont accueilli avec plus de réticence la demande d'interview, exprimant le souhait de recevoir "un simple questionnaire à remplir", vu les difficultés horaires pour accorder l'entretien. Cette attitude s'exprimait ainsi par exemple "je n'ai rien à vous dire, mais étant donné que c'est le sujet de votre thèse je ne peux pas refuser ce service à un jeune confrère".

4)- 4 médecins, sans refuser l'entretien, ont exprimé leur agacement au sujet de ce sondage, "je pensais que c'était un laboratoire qui, sous une couverture scientifique, désirait mener une enquête commerciale", ou leur hostilité vis à vis du psychiatre, "je serai ravi de vous voir car je suis très anti neuropsychiatre".

5) - 2 médecins ont refusé l'entretien en raison "d'un horaire surchargé".

4) TECHNIQUE D'ENTRETIEN

La technique utilisée a été celle d'un questionnaire que l'enquêteur n'a eu sous les yeux que pour les premières interviews. Ensuite l'entretien s'est déroulé sans cet écran de papier, ce qui a donné un ton beaucoup plus spontané aux entretiens.

Le magnétophone a été utilisé pour 33 médecins interviewés sur 50, naturellement toujours avec l'accord de l'interviewé. Lorsqu'il n'a pas été utilisé, c'était soit parce que le médecin refusait, soit parce que son emploi a paru de nature à troubler la spontanéité de l'entretien, ou parce que le ton réticent, voire agressif, de l'accueil de l'interviewé provoquait de l'anxiété chez l'interviewer qui ne proposait pas alors l'enregistrement. Une fois, l'entretien a été enregistré également par l'interviewé, sur son propre appareil.

Le questionnaire proprement dit était centré sur 4 chapitres distincts, reliés entre eux par une progression qui visait à recueillir des informations et des opinions sur les problèmes d'ordre psychiatrique ou psychologique qui rapprochent les champs d'action du généraliste et du psychiatre.

1) - l'emploi par le généraliste des médicaments psychotropes, en envisageant la fréquence de prescription, les choix préférentiels et les moyens d'information, les incidents et difficultés éventuels, les services rendus par ces médicaments qui étaient classés en 5 grandes catégories classiques : tranquillisants, somnifères, antidépresseurs, neuroleptiques et psychotoniques.

2) - la fréquence et les problèmes thérapeutiques posés par 2 types de malades bien distincts : les fonctionnels et les psychotiques.

3) - les relations du généraliste avec les psychiatres de secteur privé et public.

4) - l'opinion des généralistes au sujet de la politique de secteur psychiatrique et en particulier la création de dispensaires d'hygiène mentale dans leur quartier.

L'enquêteur au cours de ces entretiens employait une technique non-directive, se limitant à préciser les différents points de l'enquête, à fournir des informations supplémentaires en cas de besoin, évitant de donner ses opinions personnelles, sauf si l'interviewé lui demandait son avis sur un point précis. Enfin, l'enquêteur insistait sur le fait que le questionnaire, présenté globalement au début de l'entretien, et précisé au fur et à mesure, ne présentait qu'un canevas dont la nécessité était méthodologique, mais qui laissait à l'interviewé la liberté de parler de ce qui lui paraissait le plus important.

5) ASPECTS RELATIONNELS

Il est évident qu'au cours de ces entretiens, une multitude d'affects et d'émotions ont interféré, une relation s'est établie, qui a pu s'exprimer sur un mode anxieux, sympathique, ou agressif. Ceci a contribué à un enrichissement de l'expérience humaine de l'enquêteur et, dans certains cas, de celle des interviewés, puisque quelques uns l'ont exprimé en fin d'entretien.

En définitive, ce qui a soutenu l'effort de l'enquêteur dans ce travail, c'est le sentiment que, au-delà d'informations

et d'opinions recueillies, un mode relationnel plus personnalisé s'établissait entre le monde clos de l'asile, où le psychiatre isolé soigne "le feu", et le quartier suburbain où le généraliste se trouve confronté à des problèmes sinon psychiatriques, du moins psychologiques.

CHAPITRE II

LE GÉNÉRALISTE ET LE

MÉDICAMENT PSYCHOTROPE

1) - ATTITUDE GENERALE

1 - La première attitude générale est caractérisée par le rejet total de toute médication psychotrope, que j'aï rarement trouvé, puisque 3 médecins n'utilisent pas (ou tout à fait exceptionnellement) les médicaments psychotropes.

Pour 2 d'entre eux, la raison en est facilement explicable puisqu'ils pratiquent l'homéopathie. Ils ont cependant tenu à préciser que si leur client présentait une affection psychiatrique grave, ils savaient juger des limites de leur spécialité et envoyaient le patient au psychiatre.

Le troisième manifeste d'emblée son exaspération devant "la multiplication des médications psychotropes, leur prescription massive et pluriquotidienne par trop de médecins généralistes, en particulier des tranquillisants". "Certains médecins poussent même leurs clients à prendre ces médicaments en leur disant : -prenez ceci, si vous ne le prenez pas, ce n'est pas la peine de revenir me voir-". "Ces prescriptions deviennent une panacée, on prescrit pour tout et n'importe quoi".

Ce médecin pense qu'en écoutant et examinant longuement le client, une heure si c'est nécessaire, on découvre pratiquement toujours une étiologie et donc un traitement. Il n'utilise les médicaments sédatifs, "ces vieux sédatifs qui ont fait leurs preuves que dans le cas des états dépressifs réactionnels à un événement précis.

2 - La deuxième attitude consiste à employer dans un premier temps les "médications sédatives classiques", lorsqu'on a besoin de calmer, ou les toniques biologiques généraux, lorsqu'on a besoin de "reconstituer".

Ce n'est que devant l'échec de ces médications que ces médecins se décident alors à employer les nouveaux médicaments psychotropes en prenant alors dans la majorité des cas l'avis du spécialiste.

"Personnellement, je fais de la médecine générale, je recherche l'étiologie. Quand j'ai une étiologie, je m'adresse au spécialiste, si bien que j'utilise peu tout ce qui touche aux nerfs et à la psychologie".

"Je suis effaré du nombre de gens qui peuvent arriver à avaler des quantités industrielles de ces produits là. Si je prenais la moitié de ces comprimés, je ne pourrais plus exercer mon métier".

"Ces médicaments ne devraient pas être prescrits par des généralistes ou du moins pas sans l'avis du psychiatre. A la rigueur j'en prescris pour des catastrophes affectives réactionnelles, et pour un temps très limité".

"Je ne perds dans les formules chimiques, je pense qu'il y en a beaucoup trop et que c'est une question de mode".

Si après un ou plusieurs mois de médicaments banals l'état de santé du malade ne s'améliore pas, ces praticiens sollicitent alors l'avis d'un psychiatre. Ils n'emploient pas d'eux-mêmes en général les médications psychotropes.

"Je m'en tiens aux calmants ordinaires et si cela ne marche pas, je me réserve d'envoyer le client à un neuropsychiatre pour lui demander son avis. A ce moment là on dégage sa responsabilité et on applique le traitement tout en restant seul juge, tout de même, si on voit le malade trop somnolent par exemple, d'adapter la posologie à sa tolérance".

Il médecins estiment donc que la prescription des médicaments psychotropes est l'affaire des spécialistes et que leur rôle consiste à suivre le malade en se conformant à l'avis thérapeutique spécialisé et en adaptant éventuellement la posologie.

3 - La troisième attitude adoptée par 19 médecins consiste à essayer également dans un premier temps les sédatifs ou toniques classiques et devant un échec éventuel à se servir alors prudemment des médicaments psychotropes sans demander obligatoirement un avis spécialisé.

La gamme de psychotropes alors utilisée est relativement restreinte et les doses administrées sont "modérées" et prescrites

pour une période limitée. "J'évite de trop les utiliser, car je n'aime pas bien manier des drogues qui sont quelquefois un peu dangereuses, je les utilise à des doses prudentes, parfois même peut-être insuffisantes, c'est un peu décevant, on n'a pas toujours l'occasion de suivre les gens suffisamment longtemps et fréquemment, et ils ont une tendance spontanée et compréhensible à arrêter le traitement dès que cela va un peu mieux, ceci fait qu'on ne peut jamais apprécier si c'est le médicament qui a agi ou si de toutes façons cela aurait été mieux".

"Nous, médecins généralistes, nous avons une petite gamme de médicaments. Nous employons toujours les mêmes, nous n'en changeons pas volontiers, surtout quand ce sont des questions qui débordent un petit peu notre compétence".

Un médecin a même l'impression de n'être plus maître de ses prescriptions, "les gens réclament le médicament, dictent l'ordonnance, demandent "du somnifère" ou "du tranquillisant".

Un autre médecin spécifie "bien qu'utilisant les psychotropes, je ne suis pas comme ces confrères qui utilisent toutes les nouveautés".

La réserve avec laquelle ces généralistes emploient les psychotropes répond à 3 ordres de fait :

- freiner la consommation qui leur paraît en partie abusive,
- difficultés à revoir les malades régulièrement pour suivre le traitement et donc en apprécier les résultats et surveiller les incidents éventuels,
- difficultés d'information sur les modalités d'emploi de ces médicaments,

Ceci les détermine à faire une sélection restreinte de psychotropes et à les donner pour un temps limité.

4 - La quatrième catégorie comprend 17 médecins qui utilisent largement les psychotropes plus souvent que les vieux sédatifs classiques.

"On m'a très mal éduqué, on m'avait appris à coller tout le monde au Gardénal. J'ai appris à me servir des différents psychotropes et cela me rend de grands services".

"Je ne suis pas homme à me servir de quelques médicaments et à n'en pas sortir, j'aime essayer des médicaments nouveaux, me tenir au courant des choses nouvelles".

"Je les utilise souvent, mais j'ai un peu l'impression d'y être forcé par le client. Les gens ont maintenant l'exigence de vouloir guérir vite. Ils réclament des antibiotiques et des psychotropes parce qu'ils lisent des journaux et des revues de vulgarisation médicale pas toujours bien faits. La mode les pousse à en demander. Il n'y a que dans le domaine de la tuberculose que les gens acceptent d'attendre la guérison 2 ou 3 ans".

Cette catégorie de médecins essaie volontiers les nouveaux psychotropes et fait une sélection des différentes indications éventuelles. "Quand nous avons trouvé un produit qui marche, il n'ya pas de raison d'en changer à moins qu'on vienne nous en présenter un qui ait des avantages supérieurs".

L'attitude pourrait donc se définir ainsi : emploi fréquent des psychotropes avec un goût spontané à l'expérimentation des nouveaux produits permettant une sélection différentielle des indications.

4 médecins pensent du reste qu'il pourrait y avoir une place pour l'expérimentation extra-hospitalière de ces produits, parce qu'ils sont plus mal tolérés chez les sujets qui ont une activité socio-professionnelle normale et parce qu'ils sont prescrits à des doses moindres pour une affection n'exigeant pas un traitement hospitalier.

La plupart des médecins manifestent leur étonnement devant les doses massives données par les spécialistes.

Tous insistent sur la variabilité de la sensibilité individuelle qui est beaucoup plus forte avec les psychotropes qu'avec toute autre sorte de médicaments.

Tableau récapitulatif de l'emploi des psychotropes

<u>emploi des psychotropes</u>	<u>nombre de médecins</u>
- jamais	3
- dans un 2e temps sur avis spécialisé	11
- dans un 2e temps sans avis spécialisé	19
- d'emblée sans avis spécialisé	17

2) EMPLOI PAR LE GENERALISTE DES DIFFERENTES

CATEGORIES DE PSYCHOTROPES

Nous envisagerons successivement dans ce chapitre la prescription par le généraliste des catégories suivantes :

- 1 - les tranquillisants
- 2 - les somnifères
- 3 - les antidépresseurs
- 4 - les neuroleptiques
- 5 - les psychotoniques

1) LES TRANQUILLISANTS

Cette catégorie de médicaments paraît largement prescrite et, dans la grande majorité des cas, sans référence à l'avis du spécialiste de psychiatrie.

On peut répartir schématiquement les modalités de prescription en 5 grands groupes :

le 1er, très restreint, où la prescription en est nulle, représentée par 3 médecins.

le 2e, 10 médecins, où ces médicaments sont prescrit le moins souvent possible, en tout cas pour une période limitée, dans des états anxieux et dépressifs réactionnels à un événement précis. Dans tous les autres cas le praticien a recours à l'avis du psychiatre.

le 3e, 12 médecins, où l'appel aux tranquillisants n'est réalisé que dans un deuxième temps après un essai des vieux sédatifs du type CalciBronat, dérivés barbituriques à doses filées ou retard (K Neuron, Sédatonyl, Bellergal, Belladénal) dérivés de la Valériane ou de la Passiflore.

le 4e, 17 médecins, où le tranquillisant est utilisé assez souvent, sans essai préalable des vieux sédatifs, et où la fréquence d'utilisation de ces derniers et des tranquillisants

s'équilibre approximativement.

le 5e, 8 médecins, où le tranquillisant est souvent prescrit plus fréquemment que les vieux sédatifs.

Dans ces deux derniers groupes, et spécialement dans le dernier, il existe une sélectivité de prescription des différents tranquillisants.

Groupe 1 (3 médecins)

2 sont homéopathes et prescrivent uniquement les médicaments homéopathiques.

Le 3e médecin pense que c'est une facilité que se donnent les médecins de prescrire des tranquillisants, que cela évite de rechercher une étiologie, donc de faire un diagnostic et un traitement précis. Il vitupère contre l'habitude qu'on les gens de "prendre du Librium comme de l'Aspirine" et dit que la faute en incombe aux médecins. Les sédatifs classiques lui paraissent suffisants pour contrôler les états anxieux et dépressifs réactionnels. Il pense également que donner un tranquillisant, c'est parfois une façon d'éviter de parler avec le client et de se débarrasser de lui en quelque sorte. Malgré un horaire chargé il lui arrive, lorsqu'il l'estime nécessaire, de consacrer une heure au dialogue avec le malade. Il pense que c'est plus utile que d'abrutir plus ou moins les gens avec tous ces tranquillisants.

Groupe 2 (10 médecins)

Tous insistent sur l'importance d'une prescription temporaire. "J'utilise ces médicaments aussi rarement que possible, et jamais pour plus de 15 jours".

4 médecins utilisent l'Equanil et le Librium indifféremment, sans sélectivité d'indications. L'un associe à l'Equanil qu'il donne à la dose de 1 comprimé le soir, 1/2 comprimé d'Imménoctal. Il utilise le Librium seul, à la dose de 1 à 2 capsules à 10 mgs. par jour. Les 3 autres ne dépassent pas la dose quotidienne de 2 comprimés d'Equanil ou de 2 capsules de Librium à 10 mgs.

2 médecins utilisent surtout l'Equanil, ils y sont restés fidèles, parce que, dit l'un d'eux "paradoxalement, il paraît donner moins de somnolence que le Librium".

1 médecin utilise surtout le Librium et un peu l'Equanil

2 médecins ont sélectionné le Librium et n'utilisent que lui.

1 médecin utilise surtout le Valium qu'il prescrit à la dose de 3 comprimés à 2 rgs. répartis dans la journée. Il utilise plus rarement le Librium et très rarement l'Equanil.

Ces médicaments sont prescrits à des "doses faibles ou modérées, pour une courte période, et dans des indications précises représentées par des états anxieux ou dépressifs réactionnels à un évènement vital bien déterminé". Dans tous les autres cas, où l'origine de ce malaise psychologique n'est pas déterminée, ces médecins préfèrent demander une consultation spécialisée. Il n'existe pas, à proprement parler, de sélection d'indications. La sélection s'est portée sur un médicament qui est prescrit dans la plupart des cas. Mais le plus souvent, ces médecins recourent aux sédatifs classiques et s'en trouvent bien. "Ils ont fait leurs preuves".

Groupe 3 (12 médecins)

Les tranquillisants viennent relayer l'échec éventuel des sédatifs classiques. Ils sont prescrits non seulement dans les états d'anxiété réactionnels, mais également dans les états d'anxiété mal définis étiologiquement et pour une période qui peut atteindre plusieurs mois, voire plusieurs années. La décision de prescription peut être prise sans l'avis du spécialiste, mais en tout cas ces médecins insistent sur la plus grande fréquence de leur prescription de sédatifs classiques que de tranquillisants.

3 médecins prescrivent plus souvent l'Equanil, soit parce qu'ils y sont restés fidèles ou soit parce qu'ils y sont revenus après l'avoir abandonné temporairement en raison de l'apparition d'autres produits du même type. Ces 3 médecins pensent que l'Equanil donne moins d'effets de somnolence que le Librium. Celui-ci leur paraît plus euphorisant que l'Equanil et par là, plus dangereux, "par exemple, un de mes clients était gêné pour conduire sa voiture cela m'a rendu méfiant". 2 de ces médecins utilisent de la Covatine

en 2e lieu et, si l'un utilise parfois le Librium, l'autre l'a complètement abandonné après l'avoir beaucoup employé.

Le 3e médecin utilise le Librium en 2e lieu, "parce qu'il détend bien".

5 médecins préfèrent employer le Librium car celui-ci est "admirablement supporté, et moins plombant que l'Equanil", le Librium leur paraît ne pas avoir d'effets secondaires gênants. Les médecins ont de ce fait abandonné l'Equanil et 4 d'entre eux utilisent parfois le Valium, qui leur paraît également être bien toléré, mais qu'ils connaissent encore insuffisamment.

2 médecins utilisent aussi fréquemment l'Equanil que le Librium qui leur paraissent l'un et l'autre bien supportés. L'un d'eux utilise parfois le Bripadon, mais depuis peu de temps.

2 médecins utilisent aussi fréquemment, Equanil, Librium, et Valium.

Groupe 4 (17 médecins)

Les tranquillisants sont utilisés "assez souvent" sans essai préalable obligatoire des sédatifs classiques. La fréquence d'utilisation de ces 2 types de médicaments s'équilibre à peu près.

Les tranquillisants peuvent être prescrits pour une longue période, et ceci sans inconvénients.

Une certaine sélectivité des indications apparaît, qui est fonction d'une expérimentation clinique quotidienne.

4 médecins préfèrent le Librium. Ils ont presque abandonné l'Equanil qu'ils utilisaient souvent autrefois "parce que l'effet s'épuise vite", ou "parce qu'il excite certains sujets" ou "parce qu'il donne de la somnolence". Le Librium est choisi parce qu'il "n'est pas hypnogène, qu'on peut en donner longtemps sans inconvénients" puisque "30 à 40 de mes clients en prennent régulièrement 2 capsules par jour sans gêne". Et un autre déclare : "je trouve que c'est un bon médicament, il ne ralentit pas l'activité psychique, les anxieux en sont très contents, la capsule est maintenant acceptée et on l'ouvre si on ne peut l'avaler". 3 de ces médecins utilisent encore l'Equanil de temps en temps, et le 4e emploie d'autres dérivés

tels que N Oblivon, Covatine, Atarax, Valium.

1 médecin utilise aussi fréquemment l'Equanil que le Valium et a abandonné le Librium, parce que "l'effet s'épuise".

2 médecins sont restés fidèles à l'Equanil qu'ils donnent parfois longtemps sans inconvénients, jusqu'à 4 ou 5 ans de suite.

1 médecin utilise préférentiellement l'Equanil parce qu'il pense que c'est le mieux supporté. Il a abandonné le Librium après l'avoir employé souvent, "parce qu'il assomme plus le malade".

1 médecin est resté fidèle à la Covatine et au Procalmadol (il préfère ce dernier à l'Equanil en raison de ses 2 dosages à 200 et 400 mgs.) Il utilise parfois le Librium et le Valium.

3 médecins utilisent Equanil, Librium et Valium dans des indications différentes sélectives :

-l'Equanil est fréquemment utilisé chez "l'alcoolique en état d'excitation ou présentant un déséquilibre neurovégétatif, souvent sous forme injectable" ou en injections également "dans les états aigus d'anxiété nocturne".

-le librium est prescrit dans "les petits états dépressifs réactionnels à une transplantation", il fait merveille dans "les petites névroses d'angoisse" ou chez "l'alcoolique anxieux non agressif". 1 médecin dit "je l'utilise parce que je suis lyonnais et que je crois qu'à Lyon on l'utilise beaucoup" mettant en évidence l'influence géographique ambiante dans la prescription. Un autre déclare "on n'ose presque plus le prescrire parce qu'il est pratiquement tombé dans le domaine public".

- le Valium paraît "plus sédatif que le Librium, plus fort et donne de bons résultats chez les gens présentant une excitation assez importante" ou "chez les petits déprimés, ou les sujets présentant une affection psychosomatique (il cite un cas d'asthmatique et de colitique)", "le Valium est plus sédatif, moins asthéniant, moins fatigant que le Librium qui donne une certaine fatigue musculaire en début de traitement".

Le phénomène intéressant qui semble apparaître plus nettement dans le 4^e groupe, est l'apparition de la sélectivité des indications. Il semble également important de remarquer que les effets secondaires nocifs qui font abandonner ou tout au moins prescrire plus rarement un médicament, apparaissent dans certains cas contradictoires, en particulier l'Equanil et le Librium sont tour à tour accusés de donner de la somnolence ou d'épuiser leurs effets au bout d'un certain temps.

Enfin, l'ensemble de ce groupe a tendance à expérimenter les drogues récemment apparues, quitte à revenir à un tranquillisant temporairement abandonné, tel que l'Equanil ou la Covatine. Autrement dit, contrairement aux médecins des 2 groupes précédents dont beaucoup se déclaraient "j'ai des habitudes", dans ce groupe-ci, la "curiosité" l'emporte sur l'habitude et pousse à essayer les nouveaux médicaments pour retenir le plus satisfaisant.

Groupe 5 (8 médecins)

Les tranquillisants sont prescrits souvent, plus souvent que les sédatifs classiques. La variété de prescription et la sélectivité des indications est ici plus nette que dans le groupe précédent.

- 4 médecins prescrivent en premier lieu le Librium car il ne donne pas d'effets secondaires gênants en particulier peu de somnolence. Ils utilisent moins souvent l'Equanil qui "assomme un peu", et le Valium que l'un d'eux associe systématiquement aux TMAO et que les 3 autres commencent à utiliser le soir.

- 1 médecin marque nettement sa préférence pour l'Equanil "le premier, le plus largement répandu". Il laisse les gens disposer de son utilisation : 1/2 comprimé, 1 à 2 fois dans la journée et 1 ou 2 comprimés le soir pour dormir, notion que les gens n'ont apprise, car jamais au début, je n'aurais donné de l'Equanil pour faciliter le sommeil". Le Librium et le Valium sont prescrits moins souvent.

- 2 médecins prescrivent aussi fréquemment l'Equanil et le Librium, l'un remarque que "certains sont endormis par l'Equanil et d'autres par le Librium, bien que théoriquement le Librium endorme moins, il y a des susceptibilités individuelles qui paraissent paradoxales". Ce même médecin utilise parfois H Oblivon, Atarax, Trioxazine et Valium. Le 2e généraliste "hésite presque à prescrire l'Equanil, tombé dans le domaine public, et le Librium lui paraît "mieux marcher au début chez les petits déprimés". Il utilise moins souvent le H Oblivon, essentiellement en gouttes, chez l'enfant nerveux.

- 1 médecin utilise Equanil, Librium et Valium aussi fréquemment,

l'Equanil "dans des états d'excitation mal définis tels que les états hypomaniques de la ménopause"

le Librium "dans les réactions émotionnelles à un évènement stressant avec dérèglement de l'activité et du sommeil, pour une courte durée, car il a un effet dépressif en longue durée"

le Valium "pour les choses plus ancrées, plus profondes, telles que des conflits familiaux ou professionnels dont les gens n'ont pas une conscience claire, en traitement de longue durée parfois, car contrairement au Librium il n'a pas d'effet dépressif".

CONCLUSION

Il est très important de noter que les médecins qui utilisent volontiers les tranquillisants aussi bien que ceux qui emploient les sédatifs classiques, attachent beaucoup d'importance à l'entretien. Le plupart demandent aux malades de revenir ou de téléphoner pour les tenir au courant de l'effet des médicaments.

La majorité pense que les tranquillisants ont apporté beaucoup à la thérapeutique des états d'anxiété pure ou accompagnant un état organique. Certains pensent qu'il n'y a aucun inconvénient à donner ces médicaments pour une longue durée avec certaines précautions telles que le choix du tranquillisant adéquat à la sensibilité du client, à une dose d'entretien correcte. Il serait même possible de laisser certains clients disposer un peu librement du traitement car il n'y a généralement pas de tendance à la toxicomanie avec ces types de médicaments, "beaucoup de gens ne pourraient pas exercer leur activité familiale ou professionnelle sans leur tranquillisant".

Tableau récapitulatif des tranquillisants

<u>tranquillisants</u>		<u>nombre de médecins</u>
Gr. 1	jamais	3
Gr. 2	rarement	
	période limitée	10
Gr. 3	dans un 2e temps après les vieux sédatifs	12
Gr. 4	aussi souvent que les vieux sédatifs	17
Gr. 5	plus souvent que les vieux sédatifs	8

2) LES SOMNIFÈRES

Mis à part les 2 médecins homéopathes, les généralistes, utilisent fréquemment les somnifères. Deux attitudes se dégagent :

1 - leur utilisation aussi peu fréquente que possible en freinant les abus

2 - leur utilisation fréquente

Groupe 1 (17 médecins)

La prescription de somnifères est considérée comme un "traitement passif" dont les malades abusent énormément. Il convient de rechercher la cause de l'insomnie et "même si je ne la trouve pas, j'essaie un traitement auquel le malade participe tel que gymnastique, kinésithérapie. J'ai ainsi l'impression de faire du bien meilleur travail".

Dans cette perspective, le somnifère est prescrit pour un temps limité " pour faire de moins de mal possible".

2 médecins pensent que le problème est le même que pour les laxatifs et l'un d'eux me dit "comme il y a des obsédés de l'intestin, qui s'imaginent ne plus pouvoir se passer de leur laxatif, il y a des obsédés du sommeil qui s'imaginent ne plus pouvoir se passer de leur somnifère".

1 médecin pense également que les gens abusent énormément des somnifères "je trouve que leur action est beaucoup moins prévisible que celle des tranquillisants", "certains malades dorment avec 1 comprimé d'Aspirine et d'autres ne dorment pas avec 2 comprimés de Vespéraz , je sélectionne le plus adapté et le donne pour un temps limité".

"Les malades venant consulter pour en avoir sont fréquents" "le client demande un somnifère en fin de consultation, parmi eux, 9 sur 10 sont des femmes".

6 médecins remarquent que ce sont surtout les femmes qui réclament un somnifère, et que la nouvelle réglementation sur les

somnifères suppositoires a fait apparaître cet abus à une fréquence qui les a surpris, "il y avait une foule de gens, surtout des femmes qui allaient directement chez le pharmacien chercher leur Supponoctal ou leur Supponéryl depuis des années, et nous les avons vus arriver dans notre cabinet de consultation après l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation".

"J'essaie d'éviter que les gens en abusent, 30 % bénéficient des somnifères, 70 % n'en bénéficient pas, mais il est difficile de les persuader de ne pas en prendre".

"C'est un pis-aller de donner des somnifères à des gens qui ne sont pas des malades mentaux. C'est une défaillance de la médecine d'assommer les gens pour les faire dormir".

"Je les utilise le moins possible en raison de leur effet asthéniant, déprimeur".

"Les femmes me demandent tout le temps des somnifères, il est dommage qu'on n'ait pas de suppositoires placebos pour commencer un traitement de sevrage progressif."

Le choix du somnifère est intéressant :

-18 médecins sont restés fidèles ou sont revenus à la prescription des dérivés barbituriques classiques (Eunénoctal, Eunoctal, Eincetol, Sonéryl, ou les formes Supponoctal et Supponéryl) L'un d'eux exprime le sentiment général en disant "je me méfie des nouveautés".

-3 médecins n'aiment pas utiliser "les somnifères barbituriques vrais", "je ne suis pas polarisé sur les barbituriques en tant que médicaments de choc pour dormir, ils abrutissent les gens et leur donnent un mauvais sommeil, non physiologique, le lendemain ils ne sont pas dans leur état normal".

Ces médecins préfèrent utiliser des dérivés barbituriques à doses filées, type K Neuron, Sédatonyl, Bellergal, Belladénal, Paxital, associés parfois à un somnifère non barbiturique. L'un d'eux donne le schéma suivant :

dans les insomnies de surmenage, du Paxital à doses filées

dans les insomnies anciennes, 1 comprimé de Paxital le matin et à midi, 1 Néprouzine le soir. Ce mode de prescription paraît moins abrutir le malade.

-2 médecins ont fait un choix plus eclectique, l'un utilise dans les cas légers "le plus doux somnifère, le Sonéryl, ou simplement du sirop d'Atarax, de Théralène ou de Phénergan, et dans les insomnies plus importantes de l'Optanox ou du Vespérox".

Le dernier médecin qui utilisait autrefois l'Imnénoctal, l'Eunoctal ou le Binoctal, les a abandonnés et utilise actuellement 1/2 comprimé d'Optanox ou dans certains cas, 1 comprimé de Phénergan ou même d'Aspirine.

Conclusion

Ce groupe de médecins pense que la prescription des somnifères est un traitement passif, donc à éviter au maximum et à prescrire pour un temps limité. Ceci explique vraisemblablement l'utilisation d'un éventail limité de somnifères.

Groupe 2 (31 médecins)

Le somnifère est prescrit fréquemment, ces médecins pensent que la prise continue a plus d'avantages que d'inconvénients, car "les gens ont rarement tendance à augmenter les doses" et "les maniaques des somnifères sont rares, et s'ils se voient refuser un somnifère par moi ils trouveront le moyen de s'en faire prescrire ailleurs".

Un médecin insiste sur la grande fréquence des insomniaques "c'est le mal du siècle de ne pas pouvoir dormir", et prenant son carnet de rendez-vous, il me dit que parmi les 12 malades qu'il a vus avant de me recevoir il a donné des somnifères à 3 d'entre eux.

"On en prescrit beaucoup, les clients en demandent à cor et à cri".

"Certains malades en prennent depuis des années 1 comprimé le soir, sans inconvénient et sans tendance à augmenter les doses".

"Il existe dans certains cas des dangers de surconsommation mais ces cas sont rarissimes".

Le choix du somnifère montre une plus grande variabilité de sélection dans la majorité des cas.

- 3 médecins s'en/ient essentiellement à l'Imménoctal qui, comme le dit l'un d'eux, "assure 4 à 5 heures de sommeil réel, ce qui me paraît suffisant et préférable à 7 heures de sommeil induit par d'autres somnifères barbituriques qui rendent "vaseux" le lendemain".

Ils préfèrent avant d'employer un barbiturique fort, associer à l'Imménoctal un tranquillisant qui permet aux gens de passer une bonne nuit.

- 10 médecins, après avoir essayé des somnifères plus récents, restent dans la majorité des cas, fidèles aux dérivés classiques, Imménoctal, Binocetal, Eunoctal, suivant le type d'insomnie.

- 12 médecins ont un grand eclectisme de prescription parce qu'ils pensent que "chacun a son somnifère". Cet éventail de prescription va de la Valériane aux neuroleptiques.

Il est difficile à ces généralistes de préciser leur préférence, car ils se fient essentiellement au choix du client, "chacun a un somnifère qui lui convient mieux, j'en donne 3 à essayer et je demande de me dire celui qu'on préfère".

"Si un malade me dit -j'ai l'habitude de ce somnifère, il me réussit bien- s'il n'y a pas d'intoxication, je ne change rien".

Un praticien déclare "je connais des habitués qui prennent un Imménoctal et l'Eunoctal, si je leur donne du Binocetal en remplacement, ils me disent que ça ne leur fait plus rien, ce qui prouve qu'il y a une grande part subjective puisque c'est la même drogue".

Un autre pense qu'il est souvent utile de varier la prescription car il existe "un épuisement d'effets chez les gens qui en prennent continuellement".

Un médecin me dit qu'il utilise les deux plus récents somnifères, car il pense que ce sont "les plus inédits, ceux qu'il met à la mode" qui marchent le mieux.

Voici quelques schémas de prescription :

-insomnies d'endormissement, "triomphe des inducteurs du sommeil, Mérinax, Imménocotal, Doridène ou L'épronizine

-insomnies du milieu de la nuit, les plus fréquentes, Noctadiol

-pour les insomnies rebelles : Optanox, Dormopan, Vespérax, "qui assomment vraiment".

Un médecin qui était naguère fidèle aux 3 dérivés, Imménocotal, Eunoctal, Dinocotal, pense qu'on "a accompli actuellement des progrès importants, garantissant un sommeil de 6 à 7 heures avec des produits tels que Surnox, Optanox, Vespérax, dont 1/2 comprimé suffit souvent". Il remarque que beaucoup de gens sont très satisfaits du Mogadon.

Mais l'ensemble de ces médecins insiste sur le fait qu'il faut souvent tâtonner pour trouver le médicament qui convient. Ils commencent en général par les dérivés classiques, et s'ils ne réussissent pas, ils passent à des somnifères plus récents ou alors ils utilisent les associations, soit avec un tranquillisant, soit avec un neuroleptique dans les insomnies rebelles.

4 médecins utilisent volontiers les antihistaminiques type Phénergan, Auxergan, Théralène.

CONCLUSION

Dans le 2e groupe où le somnifère est fréquemment employé, la proportion de médecins utilisant un large éventail de produits est plus grande que dans le 1er groupe de praticiens, utilisant les somnifères aussi peu souvent que possible.

Il existe dans le 2e groupe une tendance beaucoup plus nette à se laisser guider par le choix du client, tout en surveillant les abus éventuels.

Dans le 1er groupe, il semble que l'attitude thérapeutique soit de nature plutôt directive, cherchant à éviter et limiter au maximum la prescription de somnifères, traitement passif qui a plus d'inconvénients que d'avantages, au moins à long terme.

Dans le 2e groupe, l'attitude thérapeutique se fait plus libérale : le somnifère est accordé plus facilement, la gamme thérapeutique est plus grande. Il apparaît à ces médecins que la proportion de maniaques du somnifère est plutôt restreinte, et que la grande majorité des clients n'en demande que pour un temps limité. L'insomnie temporaire et réactionnelle à des difficultés épisodiques paraît à ces praticiens plus fréquente que l'insomnie durable, aussi leur méfiance ou leur opposition à ces médicaments est moins grande.

Tableau d'emploi des somnifères

<u>emploi</u>	<u>nombre de médecins</u>
aussi peu fréquent que possible	17
garantie limitée	
emploi fréquent	31
garantie diversifiée	

3) LES ANTIDÉPRESSEURS

L'emploi par les médecins généralistes interviewés, des antidépresseurs montre l'existence de catégories nettement plus tranchées que dans les modalités de prescription des tranquillisants et des somnifères.

Dans la 1ère catégorie (7 médecins), les antidépresseurs ne sont jamais prescrits ni sur les indications des spécialistes, ni à plus forte raison sur la propre initiative de ces généralistes.

La 2e catégorie (10 médecins) prescrit les antidépresseurs uniquement sur les conseils du psychiatre.

La 3e catégorie (10 médecins) prescrit très rarement les antidépresseurs de sa propre initiative et le plus souvent selon les indications du spécialiste.

La 4e catégorie (23 médecins) prescrit volontiers d'elle-même les antidépresseurs et plus occasionnellement selon les conseils spécialisés.

A part pour le 3e groupe qui représente une forme intermédiaire entre le groupe 2 et le groupe 4, les différences apparaissent avec netteté.

Groupe 1 (7 médecins)

L'antidépresseur n'est jamais prescrit. 6 médecins ne l'ont jamais employé, pensant que cela n'était pas de leur domaine et préfèrent ne pas intervenir dans un traitement antidépresseur prescrit par un spécialiste.

1 médecin a eu une expérience malheureuse avec le Tofranil qu'il avait prescrit il y a plusieurs années et qui avait donné à son client des effets secondaires importants. Il en a conclu que ce genre de prescription était réservé au spécialiste et n'en a plus redonné depuis.

Groupe 2 (10 médecins)

L'emploi des antidépresseurs ne s'effectue que sur les conseils d'un spécialiste de psychiatrie. "Je n'en prescris jamais moi-même, je demande toujours un avis, sur les conseils des maîtres, on est tranquille".

"Les petits déprimés, je les mets aux tranquillisants et au bout d'un mois, si cela ne marche pas, j'envoie au spécialiste".

Cette attitude est déterminée par le sentiment que "les antidépresseurs ont plus d'effets secondaires que les autres médicaments à visée psychique et qu'il existe des dangers d'association que le généraliste connaît mal".

Cela paraît commander à ces praticiens une attitude de prudente réserve vis à vis de ces médicaments, qui leur fait assurer leurs responsabilités derrière l'expérience du spécialiste.

Groupe 3 (10 médecins)

L'antidépresseur est prescrit en général selon l'avis spécialisé et rarement sur l'initiative du généraliste lui-même.

Lorsque la médication antidépressive est prescrite sans référence à l'avis du psychiatre, la sélection s'établit comme suit :

- 4 médecins utilisent le Surmontil, exclusivement pour 3 d'entre eux, plus souvent que l'Insidon, pour le 4e.

Un médecin explique sa préférence par la facilité de maniement du Surmontil en gouttes. "Quant aux IMAO, j'ai peur de leurs effets secondaires et des associations. Lorsque je pense IMAO, je n'en prescris pas parce que je n'ai pas l'audace ou peut-être les connaissances nécessaires, je donne autre chose de plus anodin, et si ça ne marche pas, j'adresse au psychiatre".

La posologie en gouttes ou en comprimés ne dépasse jamais 50 mgs.

- 4 médecins préfèrent le Tofranil aux autres antidépresseurs, 2 utilisent exclusivement la forme à 10 mgs, 2 à 2 comprimés par jour. L'un d'eux ne cite l'exemple clinique d'un asthmatique

à qui il donne 2 tofranil par jour associés à la Théophylline et au Phénobarbital, traitement qui lui donne toute satisfaction. Le 3e utilise les 2 formes à 10 et 25 mgs, sans toutefois dépasser la dose totale de 50 mgs. Le Surmontil lui paraît mal supporté en raison de son effet de somnolence. Le 4e n'utilise le Tofranil que pour un court laps de temps chez les déprimés à idées suicidaires vraies, lorsqu'il ne peut pas obtenir une consultation spécialisée ou une hospitalisation rapidement. Il utilise alors 100 mgs de Tofranil associé à 50 mgs de Moxinan pour couvrir sa responsabilité pendant la période d'attente.

2 médecins préfèrent les IMAO. L'un utilise soit le Marsilid, soit le Marplan. L'autre prescrit surtout le Mianide "toujours seul, sans jamais rien y associer, car j'ai peur de ne pas me souvenir de toutes les incompatibilités médicamenteuses". Il lui arrive plus rarement de prescrire du Surmontil.

Ces 10 médecins ont beaucoup insisté sur la rareté avec laquelle ils prescrivent tous ces médicaments parce qu'ils ne "se sentent pas à l'aise avec ces drogues qui ont des effets primaires variables, des effets secondaires parfois gênants et des incompatibilités d'humeur avec d'autres drogues".

Groupe 4 (23 médecins)

Ces médecins prescrivent les antidépresseurs fréquemment et insistent sur la grande fréquence des "petits états dépressifs qui ne nécessitent pas le recours au psychiatre". La consultation chez un psychiatre "serait du reste, la plupart du temps refusée avec véhémence et même indignation, par la grande majorité de ces petits déprimés". L'opinion de ces généralistes est que ces médicaments rendent d'éminents services.

Leur utilisation leur paraît poser un certain nombre de difficultés qui n'existent pas avec les autres psychotropes qu'ils utilisent assez couramment.

Un médecin qui utilise les antidépresseurs depuis une conférence post-universitaire sur le sujet me demande si les indications sont vraiment branchées, "il y a dans le traitement des dépressifs des médicaments anti, des médicaments pour, j'ai l'impression que tout le monde tâtonne et que c'est un peu le massacre des spécialistes".

Un médecin me dit la surprise qu'il a eue lors de l'apparition du Tofranil, de voir "qu'un médicament puisse avoir une influence aussi nette sur le psychisme". Il ajoutait que cela l'avait sûrement poussé à continuer à se servir des antidépresseurs.

Pour un autre médecin "le problème de l'emploi des antidépresseurs pour un médecin généraliste est très complexe, car on ne peut pas faire de thérapeutique psychiatrique si l'on ne sait pas se débrouiller sur le plan séméiologique, sans cela on risque de faire de grosses bêtises".

La sélection des antidépresseurs est très variable d'un praticien à un autre, mais il est possible de la schématiser comme suit :

-12 médecins sur 23 emploient un seul type de médicaments. a) 3 utilisent essentiellement le Surmontil. L'un d'eux explique son choix ainsi "la prescription en est souple, on peut observer les réactions de façon précise, simple, et la présentation en gouttes permet une modification de la répartition horaire, sans trop de difficultés". "Je commence par 10 gouttes le matin et 20 gouttes le soir. Je revois le malade 10 jours après et je modifie éventuellement la répartition horaire car j'ai remarqué que l'effet antidépresseur prédomine chez certains malades, alors que chez d'autres c'est l'effet sédatif". Et il ajoute "je manie très peu les autres antidépresseurs parce qu'ils ont des effets trop brutaux comme le Tofranil, ou trop nuancés et trop difficiles à apprécier comme les IMAO". Le deuxième médecin pense que c'est "le plus utilisé par le spécialiste et le mieux supporté". Un de ses malades lui a dit "mon Surmontil, c'est comme mon Aspirine, je le dose suivant mon état". Il l'utilise en général à la dose de 3 comprimés

à 25 mgs par jour. Le troisième utilise facilement le Surmontil en commençant par 40 gouttes et en augmentant éventuellement jusqu'à 90 gouttes, dose qu'il ne dépasse pas. Il utilise exceptionnellement le Tofranil, mais toujours dans un deuxième temps.

b) 3 médecins utilisent essentiellement les TAO

- 2 médecins utilisent essentiellement le Marsilid et l'un d'entre eux s'est habitué à l'utiliser depuis une conférence sur les antidépresseurs. La dose utilisée est de 1 à 2 comprimés.

2 de ces médecins se servent éventuellement du Niamide

- 3 médecins ont choisi le Niamide et l'utilisent à la dose de 100 à 150 mgs. L'un d'entre eux y associe toujours un tranquillisant, tandis que les 2 autres proscrivent toute association d'autre psychotrope par peur des incompatibilités. L'un de ces 3 praticiens utilise éventuellement l'Insidon dans les dépressions hypochondriaques.

- 1 médecin utilise uniquement le Sursum à la dose de 2 comprimés en y associant toujours un tranquillisant. Il n'a pas essayé d'autres TAO, mais a éliminé le Tofranil en raison d'intolérance, l'Insidon pour son inefficacité, et le Surmontil pour sa moindre activité.

- le 3e médecin utilise uniquement les TAO et en a sélectionné 3 : Niamide, Sursum et Marplan.

c) 1 médecin utilise uniquement le Tofranil et n'utilise jamais les TAO "par méfiance". La posologie est en général de 2 à 3 comprimés à 10 mgs avec une association de sédatifs barbituriques.

11 médecins sur 23 ont un choix plus varié

a) 6 médecins utilisent soit les TAO, soit le Surmontil quand ils veulent obtenir un effet sédatif plus important. L'un d'entre eux déclare avoir éliminé le Surmontil pensant "qu'il ne relève pas de la médecine courante".

b) 5 médecins utilisent à la fois TAO, Tofranil et Surmontil, et si 2 d'entre eux préfèrent les TAO, 3 utilisent préférentiellement le Tofranil "qui n'est pas si difficile à manier qu'on a bien voulu le dire", à condition d'y associer un sédatif du type Nozinan et de ne pas dépasser la dose de 50 mgs.

CONCLUSION

Il est intéressant de remarquer la proportion relativement importante (presque 50 %) de généralistes qui utilisent assez couramment les médications antidépressives et qui insistent sur la grande fréquence d'états dépressifs mineurs qui "ne vont pas jusqu'au psychiatre" et que l'apparition d'une gamme de plus en plus variée d'antidépresseurs permet de soigner avec de bons résultats.

Tableau d'emploi des antidépresseurs

<u>Emploi</u>	<u>nombre de médecins</u>
jamais	7
uniquement sur avis spécialisé	10
souvent, sur avis spécialisé, parfois de leur propre initiative	10
souvent de leur propre initiative	23

4) LES NEUROLEPTIQUES

Si l'on met à part le théralène qui, comme le disait un médecin, est "tombé dans le domaine public", les neuroleptiques sont rarement utilisés par le médecin généraliste.

La répartition se fait en 3 groupes :

- 1) 7 médecins ne les utilisent jamais
- 2) 15 médecins très rarement
- 3) 28 médecins s'en servent parfois

Le 2e groupe utilise essentiellement le Largactil sous forme injectable dans les états aigus d'agitation chez l'alcoolique ou le psychotique, mais ceci reste une éventualité très rare

Le 3e groupe utilise un peu plus souvent les neuroleptiques dans des indications telles que les troubles caractériels divers, les états d'anxiété ou d'agitation, et les insomnies résistant aux autres psychotropes.

Dans ce 3e groupe, sur un total de 28 médecins, 22 utilisent seulement le Largactil ou le Nozinan, ou les deux

- 7 utilisent uniquement le Largactil
- 5 le Nozinan
- 10 les 2 médicaments

6 médecins sur le total de 28 utilisent une gamme de neuroleptiques plus vaste, telle que : Largactil, Nozinan, Halopéridol, Melleril, Neuleptil, Moditen, Dominal.

La prescription des neuroleptiques reste une rareté, même dans ce 3e groupe et les doses restent modestes.

Les prescriptions à fortes doses restent du domaine psychiatrique et étonnent le médecin généraliste.

Un certain nombre de médecins surveille des traitements de psychotiques en postcure, sur les conseils du spécialiste. Il est bien évident que la gamme de neuroleptiques utilisée est alors beaucoup plus vaste. J'y reviendrai dans un chapitre ultérieur.

Enfin l'utilisation des neuroleptiques à des visées autres que psychiatriques n'est pas envisagée ici, telles que l'effet antalgique du Mozinan ou antiémétique de l'Halopéridol faible.

5) LES PSYCHOTONIQUES

L'ensemble des praticiens interviewés utilise largement les toniques biologiques généraux les plus divers, à base de strychnine, de vitamines, d'oligoéléments, d'acide phosphorique, d'enzymes.

Les dérivés amphétaminés tels que l'ortédrine et le Maxiton sont rejetés dans leur ensemble en raison du risque de toxicomanie. Mais 26 médecins sur 50 utilisent les anorexiantes dérivés des amphétamines, en mettant l'accent sur l'importance du régime et de consultations régulières pour obtenir un amaigrissement.

1 médecin avait utilisé parfois le Lucidril, mais il l'a abandonné parce qu'il "énervait trop".

12 médecins utilisent parfois le Lidépran à la dose de 1 à 2 comprimés à 5 mgs, avec de bons résultats. Ils constatent qu'à cette dose ce médicament n'a pas les inconvénients toxiques des amphétaminés.

En règle générale, devant un état d'asthénie somato-psychique, le généraliste a recours souvent aux toniques biologiques généraux, parfois aux antidépresseurs, rarement aux psychotoniques.

3) DE QUELQUES PROBLÈMES POSÉS

----- PAR L'EMPLOI DES PSYCHOTROPES -----

Nous envisagerons maintenant trois ordres de problèmes que pose au généraliste l'emploi des psychotropes :

- 1) Le risque de toxicomanie
- 2) Le risque tératogène
- 3) Le risque suicidaire

1) LE RISQUE DE TOXICOMANIE

Le risque de toxicomanie n'apparaît à aucun médecin sauf en ce qui concerne les dérivés amphotaminés. C'est la raison pour laquelle aucun ne prescrit plus de dérivés type l'axiton ou Ortédrine

2 médecins citent le cas de toxicomanie à la Préludine, 10 médecins citent chacun un cas de clients prenant "des doses farfameuses de somnifères", 4 à 5 comprimés par jour, sans toutefois dépasser ces doses.

L'ensemble des médecins cite un ou plusieurs cas de clients prenant un somnifère depuis des années sans que l'on puisse arrêter cette prise unique quotidienne qui est devenue une habitude.

2) LE RISQUE TÉRATOGENE

L'attitude d'ensemble est dans l'abstention systématique de toute médication psychotrope chez la femme enceinte.

"C'est peut-être exagéré, mais cela vient plus de la cliente que de moi. Il y a actuellement une telle psychose de la malformation chez les femmes enceintes, qu'on a toutes les peines du monde à leur faire avaler fût-ce un comprimé d'Aspirine".

2 praticiens seulement utilisent éventuellement un médicament psychotrope, l'un l'Halopéridol faible en cas de vomissements gravidiques, l'autre l'Equanil en cas de forte tension anxieuse.

3) LE RISQUE SUICIDAIRE

L'opinion générale paraît se résumer par la phrase "le risque suicidaire ne me tracasse pas".

2 médecins déclarent n'avoir pas vu de tentative de suicide depuis fort longtemps,

les autres médecins déclarent voir 1 à 5 tentatives par an, en général chez des adolescents ou des adultes jeunes,

2 médecins n'en ont jamais constaté avec les psychotropes, mais avec l'Optalidon.

En général ces tentatives ne sont pas sérieuses "quelques petites follettes qui se loupent la plupart du temps".

Dans tous les cas, le généraliste envoie en hospitalisation au Pavillon d'urgence médicale, "c'est comme une sorte de punition".

Ils voient dans cette hospitalisation 3 autres raisons :

- la difficulté d'investigation du généraliste, dans le climat émotionnel familial causé par la tentative de suicide,

- l'éloignement nécessaire pendant quelques temps du milieu familial, ce qui "dédramatise la situation",

- la possibilité pour le suicidant de voir un psychiatre du Pavillon d'urgence médicale . "Ils voient un psychiatre, c'est important, parce que ça leur fait pour, le psychiatre leur parle et leur explique des tas de choses, et ils voient alors la vie d'une façon différente".

1 médecin insiste sur le fait qu'il voit des tentatives de suicide quand il est de garde, surtout le dimanche, "un jour j'en ai vu 3 dans la même journée".

1 médecin expose cependant le cas d'un adolescent qui a réussi son suicide avec une arme à feu et non avec un psychotrope, ce qui l'a incité à revoir systématiquement les suicidants après leur hospitalisation.

Tous les médecins dissocient nettement la bénignité relative de ces tentatives de suicide chez l'adolescent, des tentatives suicidaires du véritable dépressif où le risque de réussite est grand.

Un médecin qui a vu 5 tentatives de suicide au cours de l'année écoulée, dit avoir pris en charge l'une d'entre elles sans hospitalisation, parce que c'est une cliente qu'il suivait. Il a fait hospitaliser les 4 autres cas, parce qu'il s'agissait de sujets qu'il connaissait peu ou pas du tout.

Tous ces généralistes ont insisté sur le fait que la grande majorité des tentatives de suicide médicamenteuses avec des psychotropes étaient "des chantages au suicide", "des suicides qui fort heureusement rataient" et qu'en général il s'agissait d'adolescents et d'adultes jeunes qui ne prenaient pas habituellement de ces médicaments psychotropes.

Après l'hospitalisation au Pavillon d'urgence médicale, les généralistes n'ont pas toujours l'occasion de revoir ces sujets et ils ne savent pas ce qu'ils deviennent, sauf à l'occasion d'une consultation demand e éventuellement par la famille pour une tout autre affection.

4) MOYENS D'INFORMATION

Cette analyse de l'emploi par le généraliste des médicaments psychotropes débouchait tout naturellement sur l'étude des moyens d'information auxquels chaque généraliste faisait appel.

Sur les 47 médecins employant les médicaments psychotropes 31 se déclarent satisfaits de leurs moyens d'information, 16 se disent insatisfaits.

Les différents moyens d'information se répartissent en 5 catégories suivantes :

- l'expérience clinique personnelle quotidienne
- les informations fournies par le spécialiste de psychiatrie
- les revues professionnelles
- les conférences d'information
- les renseignements fournis par les laboratoires par l'intermédiaire de leurs visiteurs médicaux ou de leurs opuscules.

L'ensemble des médecins se fie en premier lieu à l'expérience clinique quotidienne. C'est essentiellement par l'entretien avec le client qu'il pense le mieux apprécier l'efficacité des médicaments. "Je suis curieux de nature, et je demande beaucoup aux malades, ils m'ont appris en particulier beaucoup de choses sur les effets des médicaments psychotropes".

En deuxième lieu, les éléments d'information fournis par les lettres des spécialistes les guident et leur donnent l'occasion de suivre le mode d'action de médicaments qu'ils n'auraient pas maniés eux-mêmes. 2 médecins pensent même que dans la mesure

où ces lettres sont détaillées, cela représente "la forme la meilleure d'enseignement postuniversitaire".

L'information fournie par les revues professionnelles paraît à l'ensemble des médecins beaucoup trop ardue et la plupart d'entre eux n'ont plus le courage après une longue journée de travail, de se lancer dans la lecture d'un article.

"Les articles en sont trop savants, trop longs et fastidieux. On n'a pas le temps ni le courage de les lire jusqu'au bout. Il faudrait des articles plus résumés".

Un médecin confirme cette difficulté à lire la presse professionnelle pendant le temps de travail. Il la lit le dimanche matin ou mieux "j'emporte une pile de revues en vacances, et les lis sur la plage, ce qui me permet de les jeter avant mon retour, et m'évite de les entasser chez moi".

Les conférences, représentant selon l'un d'eux "l'école du soir du généraliste", paraissent très intéressantes à 15 médecins, dans la mesure où elles présentent un schéma simple et permettent une discussion.

En prenant l'exemple d'une conférence organisée par le syndicat sur les antidépresseurs, 2 d'entre eux n'ont déclaré avoir commencé à utiliser ces produits à la suite de cette conférence.

Un médecin m'a dit, cependant, qu'il était allé à cette conférence, connaissant 5 produits, qu'il en était revenu en connaissant 40, qu'il mélangeait plus ou moins. Il avait l'impression que "pour ne pas favoriser tel ou tel laboratoire on avait dû parler de tous les produits et que cette nécessité avait tout embrouillé dans son esprit".

Une minorité de médecins (10) se disent nettement influencés par les informations émanant des laboratoires à travers leurs visiteurs médicaux ou leurs brochures, tout en adoptant une

attitude méfiante vis à vis de l'aspect commercial de cette information.

3 d'entre eux se plaignent de l'avalanche de prospectus et souhaitent que les laboratoires fassent un effort de standardisation de leurs fiches, ce qui permettrait un classement standard par indications sélectives.

12 médecins déclarent ne pas tenir compte des informations fournies par les laboratoires, et 3 se déclarent profondément agacés par leur propagande effrénée.

Les autres médecins ne mentionnent pas cette source d'information comme influençant leur prescription de psychotropes.

3 médecins m'ont spontanément déclaré que le Vidal leur paraissait inutilisable sinon comme moyen mnémotechnique.

Tous les médecins souhaitent une classification simple et précise, facile à consulter, des différents médicaments psychotropes. Un médecin m'a paru résumer ce besoin en déclarant "je ne pense pas que la classification et les indications de ces médicaments soient nettes et précises dans l'esprit du médecin généraliste".

CONCLUSION

Les médecins généralistes interviewés emploient les médicaments psychotropes dans une large mesure, avec ou sans l'avis du psychiatre.

Certains de ces médicaments leur paraissent même "tombés dans le domaine public".

L'emploi des psychotropes a apporté une aide importante dans le traitement des états anxieux ou dépressifs, mais le maniement de ces médicaments ne paraît pas toujours aisé et leur classification pas toujours très nette. La plupart des médecins regrettent, faute de temps, de ne pas pouvoir s'informer davantage et de ne pas avoir des informations plus simples, plus concises à leur disposition.

Il est capital de souligner que les médecins qui emploient peu ou prou ces médicaments ont insisté longuement sur le fait que leur prescription intervenait après un dialogue, où ils prenaient, dans la mesure du possible, le temps d'écouter et de comprendre leur client, et que sans cela, la prescription n'aurait plus aucun sens ni aucune efficacité.

Je pense que l'opinion d'un de ces généralistes résume assez bien l'ensemble du problème "beaucoup de gens ne pourraient pas se maintenir dans "le bain", la vie, le travail, sans ces médicaments".

CHAPITRE III

LE GÉNÉRALISTE

ET LE

MALADE

LE GÉNÉRALISTE ET LE MALADE

Au cours des interviews je me suis entretenu avec les généralistes de deux types de malades bien différents : les fonctionnels et les psychotiques.

1) - LES FONCTIONNELS

Je me contenterai de donner des informations relativement succinctes, car ce problème a fait l'objet d'une thèse récente (1).

Il y a une première difficulté dans la définition même du terme puisque mes interlocuteurs m'ont parlé de "fonctionnels purs" et de "fonctionnels mixtes".

La définition du fonctionnel comme un malade présentant "des signes fonctionnels sans signes organiques décelables par les examens cliniques ou paracliniques" est valable en théorie, mais dans la pratique, la délimitation est beaucoup plus complexe. Comme me l'ont dit la plupart des médecins "on peut toujours passer à côté d'une lésion organique et ce sera peut-être un autre qui la trouvera".

Ceci explique vraisemblablement en partie, les différences importantes dans la réponse à la question : "Quelle proportion de fonctionnels voyez-vous dans votre clientèle" ?

(1) A. APPEAU "Attitudes psychothérapeutiques spontanées des médecins" - Thèse - Lyon 1963

35 médecins m'ont donné une réponse chiffrée
approximative :

<u>médecins</u>	<u>% de fonctionnels</u>
2	70 %
1	60 %
6	50 %
8	40 %
13	30 %
3	20 %
2	8 %

10 médecins n'ont pas pu me donner de réponse chiffrée
et ont répondu :

"une grande majorité" ou "une part importante"

"de plus en plus"

"tous les jours"

"2 à 3 par jour"

5 médecins ne m'ont pas donné de réponse.

Il apparaît que pour plus de la moitié des médecins
la pathologie fonctionnelle comprend une partie importante de la
clientèle.

Les attitudes sont très diverses : rejet, écoute, soutien,
rôle directif, accent mis sur le dysfonctionnement et l'importance
du médicament, et accent mis sur les difficultés psychologiques
(conflits latents).

Mais une grande partie des praticiens a insisté sur les
difficultés horaires. Dans les conditions actuelles d'exercice de
la médecine, il devient difficile de consacrer une demi-heure à
une heure à un malade. Un médecin l'exprime ainsi : "Il faudrait
prendre des rendez-vous précis, cela est possible au spécialiste.
La médecine générale, c'est un peu décevant, on n'a pas assez de
temps".

Peu de praticiens se sentent parfaitement libres de demander aux fonctionnels de revenir à une date précise en consultation. La plupart donnent un traitement médicamenteux pour 1 à 2 mois et demandent au malade de reprendre lui-même rendez-vous.

5 médecins seulement demandent expressément aux fonctionnels de revenir régulièrement, insistant sur la nécessité d'une prise en charge explicite. L'un d'eux s'exprime ainsi : "Si ces fonctionnels ne reviennent pas chez leur médecin, c'est souvent parce qu'ils n'osent pas revenir et ils vont alors en voir un autre".

Pour 2 médecins, quand on parle de fonctionnels "on entre rapidement dans le cadre de la névrose". "C'est difficile, car entre les fonctionnels et les malades qui sont du ressort du psychiatre, il y a parfois une très légère nuance. Cela cachait un début de névrose et une fois mis en confiance, le malade se livre plus, j'essaie le moins possible de les envoyer au psychiatre tout de suite, car j'ai la hantise qu'une fois dans les mains du psychiatre, ils soient catalogués malades mentaux".

"Et d'autre part, j'ai l'impression que le psychiatre en cabinet n'arrive pas à des résultats extraordinaires. Il donne, je ne dirai pas les mêmes médicaments que moi, mais il en donne beaucoup, de très grosses quantités, ce qui m'a toujours beaucoup étonné, et les malades ne sont pas améliorés".

Un autre médecin pense "qu'il y a un hiatus dans l'exercice actuel de la médecine, il y a place pour une médecine psychologique qui ne soit pas d'ordre psychiatrique" et ce médecin prend l'exemple de la frigidité : "l'examen somatique fait par un ami gynécologue est normal, moi médecin généraliste, je ne peux pas expliquer ou analyser la situation, convoquer le conjoint, et je ne peux pas envoyer cette femme au psychiatre, elle refusera. A qui l'envoyer ?"

Je pense utile de préciser que le 1er médecin est installé depuis 18 ans, et le 2e depuis 20 ans, dans le même quartier.

Ces réflexions débouchent sur les sentiments alternatifs de gratification et de frustration du médecin traitant un fonctionnel, qui est tour à tour qualifié "d'enquiquineur" de "malade fidèle" de "malade qui guérit plus ou moins tout seul".

L'ensemble des médecins a insisté sur l'importance de prendre au sérieux, de prendre en charge ces malades.

Ils pensent qu'ils sont les mieux placés pour traiter les fonctionnels en raison de leur insertion dans le quartier. A part 3 médecins, tous ont nettement le sentiment d'être encore le médecin de famille, voyant près de la moitié de leur clientèle aux différentes phases de son existence, pour les maladies de l'enfance ou les examens systématiques. Un problème est créé par les mouvements de population qui rendent délicat l'établissement de fichiers. Un médecin insiste sur la psychologie des "nouveaux arrivants dans les F.B.M., qui ne se sentent insérés dans la collectivité que lorsqu'ils ont trouvé leur boucher, leur pharmacien, et leur médecin".

Même si l'attitude du généraliste est variable vis à vis du fonctionnel, le sentiment de jouer un rôle irremplaçable auprès de ce type de malade est extrêmement fort. Un seul médecin déclare se sentir "le manoeuvre le plus bas de la médecine" et un autre "ne pas supporter le malade chronique", "même le diabétique je n'aime pas le traiter, j'aime les gens qui guérissent vite".

Cette fonction thérapeutique auprès des malades fonctionnels débouche pour certains médecins sur un sentiment de malaise, d'angoisse.

"Volontairement, je ne vais pas trop profond, je ne veux pas mettre le feu aux poudres".

"Je fais une psychothérapie spontanée, je n'ai jamais appris".

"Je ne fais pas l'affaire des psychiatres, car je m'intéresse beaucoup aux problèmes psychologiques, mais je ne demande si cela ne me créera pas des ennuis. Les autres confrères généralistes ne s'intéressent pas à ces malades, ou les rejettent".

CONCLUSION

Dans l'ensemble, les médecins généralistes interviewés pensent que les fonctionnels représentent une part très importante de leur clientèle. La relation avec le malade leur paraît primordiale dans ce domaine, nécessitant une prise en charge qui s'appuie sur un médicament ou une technique de relaxation ou une psychothérapie spontanée. Cette dernière peut être vécue comme dangereuse ou inutile pour le malade et parfois même périlleuse pour le médecin.

2) - LES PSYCHOTIQUES

1 - Fréquence

L'ensemble des praticiens interviewés ne voit en aucun cas plus de 10 sujets psychotiques, de "malades mentaux", de "fous" par an. "Face à l'immense majorité des états dépressifs ou subdépressifs, les cas qui laissent supposer une psychose sont rares. Je me base sur le sentiment de me sentir mal en face de l'interlocuteur. C'est extrêmement fort comme impression. Je ne vais pas plus loin, parce que ce n'est pas ma spécialité et donc je risquerais de mal interpréter les choses. Je sais que ce n'est certainement pas une névrose ou un état dépressif banal".

La fréquence annuelle évaluée subjectivement par les 50 médecins s'établit comme suit :

- 5 généralistes n'en voient pratiquement pas
- 35 en voient "quelques unités par an" (expression reprise par la majorité d'entre eux)
- 8 en voient 4 à 5 par an
- 2 en voient 5 à 10 par an.

2 - Problèmes d'hospitalisation

Les problèmes d'hospitalisation sont variables suivant qu'il s'agit d'un état psychotique aigu ou chronique.

a) Etat psychotiques aigus avec agitation

7 médecins n'ont jamais été appelés pour faire hospitaliser un état psychotique aigu agité. Ils pensent que soit la famille appelle directement dans ce cas le spécialiste, soit les malades sont emmenés par police-secours ou les pompiers.

1 médecin téléphone à un confrère neuropsychiatre qui fait le nécessaire

4 médecins font hospitaliser à l'hôpital psychiatrique du Vinatier, 3 en placement volontaire car "il est toujours facile de persuader les familles", le 4e en service libre

1 médecin accompagne le malade à l'hôpital et en parle avec l'interne de garde.

4 médecins hospitalisent soit en service libre d'hôpital psychiatrique, soit au Pavillon d'urgence médicale.

34 médecins font toujours hospitaliser au Pavillon d'urgence médicale qui se charge ensuite de répartir les malades. 3 d'entre eux ont dû, au moins une fois y accompagner le malade eux-mêmes. L'un d'eux se plaint d'avoir dû attendre deux heures avant de pouvoir faire voir par un psychiatre le mélancolique grave qu'il avait amené et qu'il ne voulait pas laisser seul, craignant qu'il s'évade. Mais en général, le malade est emmené par une ambulance ordinaire.

5 médecins souhaitent qu'une ambulance psychiatrique d'urgence puisse fonctionner.

Dans la mesure du possible, les médecins évitent le certificat d'internement d'office, mais cela n'est pas toujours possible, en raison d'une trop grande agitation, exigeant parfois l'intervention de police-secours. Un médecin qui a failli être grièvement blessé par un malade appelle maintenant police-secours

en cas de difficulté, mais il perd la clientèle de la famille même s'il est impossible de faire autrement. Parfois, le certificat de placement d'office est demandé par le commissaire, ce qui est souvent le cas lorsque le médecin habite tout près du commissariat. Les médecins trouvent cela désagréable. L'un d'eux dit : "Le commissaire est pénible, il n'apprécie pas qu'on ne soit pas du même avis que lui. Il dirige l'interrogatoire et cela ne me plait pas du tout. Il ne supporte pas qu'on puisse écouter le malade".

Ainsi le placement d'office est évité autant que possible. Il pose des problèmes de relations avec la famille, mais également avec le commissariat de police du quartier. Les médecins ignoraient en général que pour un placement d'office sur commission rogatoire du commissaire, le certificat médical n'est pas obligatoire.

6 médecins pensent qu'il serait nécessaire de créer un service psychiatrique d'urgence plus spécialisé. "Le service d'urgence médicale, c'est bien joli, mais le cas grave intéresse plus que la petite jeune fille qui a avalé un peu de Gardénaï".

b) Etats psychotiques chroniques ou aigus non agités

Lorsqu'il s'agit d'un malade psychotique aigu ou chronique dont l'hospitalisation peut attendre, l'ensemble des généralistes adresse le client au psychiatre de clientèle privée ou en consultation hospitalière. Le généraliste n'aime pas prendre la décision d'hospitalisation en milieu psychiatrique, qu'il s'agisse de service psychiatrique d'hôpital général, de "maison de santé", ou d'hôpital psychiatrique.

3 - La postcure

21 médecins ne suivent aucun psychotique en postcure, préférant laisser ce soin au spécialiste. Ils ne voient les malades qu'au cours de rechûtes éventuelles ou pour une maladie somatique intercurrente.

29 médecins suivent quelques psychotiques en postcure, en renouvelant simplement l'ordonnance du spécialiste en général. Ils insistent particulièrement sur la difficulté à empêcher le psychotique d'interrompre le traitement. Un médecin aurait tendance à tout arrêter, ou tout au moins à diminuer considérablement les doses, mais il n'ose pas. 4 médecins insistent sur les difficultés de réadaptation sociale. "Vous les relâchez très vite, vos fous, vous cherchez à les socialiser à nouveau, je le comprends bien. Mais quand ils entrent dans un immeuble avec leur air bizarre, je suis effaré" me dit l'un d'eux. Une à deux fois par an, le psychotique est revu par le spécialiste qui donne son avis thérapeutique.

CONCLUSION

Le médecin généraliste est rarement amené à voir dans sa clientèle des psychotiques. Les problèmes d'hospitalisation de cas aigus sont parfois difficiles. Lorsque l'hospitalisation peut attendre, c'est le spécialiste qui en prend la décision, ce qui facilite l'acceptation du malade et de la famille.

Un peu plus de la moitié des généralistes est amenée à suivre quelques psychotiques en postcure, en liaison étroite avec le spécialiste.

CONCLUSION du Chapitre III - Le généraliste et le malade-

-Le généraliste voit dans sa clientèle une proportion importante (30 à 40 % environ) de fonctionnels (ou névrotiques) et prend ces malades en charge dans la plupart des cas.

Il n'est que tout à fait exceptionnellement que le généraliste adresse ce type de malades au spécialiste.

Quant aux psychotiques, leur traitement reste du domaine du psychiatre, et le généraliste les voit rarement, à l'occasion du début de l'affection, ou d'une rechûte, ou dans le cadre d'une postcure, en suivant les directions thérapeutiques du spécialiste.

CHAPITRE IV

LES-RELATIONS-ENTRE

LE-GENERALISTE-ET-LE-PSYCHIATRE

Les relations entre le généraliste et le psychiatre

. Les problèmes de traitement des névrotiques et des psychotiques établissent entre généraliste et psychiatre certaines modalités de contact que nous allons maintenant envisager sur deux plans :

- celui du psychiatre individu
- celui du psychiatre institution

c'est à dire le personnage du psychiatre et l'institution de soins représentée par l'hôpital psychiatrique

1) - LA RELATION AVEC LE PSYCHIATRE

Un des médecins interviewés entamait l'entretien en déclarant "Je suis très anti-neuropsychiatre". Le fait que le psychiatre ne trouve pas une étiologie précise gênait ce médecin. Il comparait la psychiatrie et la "dermatologie avec toutes ses pommades qui ne font rien. Faites des recherches, trouvez les causes de toutes ces affections psychiatriques et je serai satisfait. En attendant, les psychiatres ne servent pas à grand'chose".

Un autre médecin schématisait ainsi les deux sortes d'attitude du généraliste en face de la psychiatrie :

"Ou bien on pense que la psychiatrie c'est de la "foutaise" et que tout le monde peut en faire autant, on peut très bien manier les drogues, ce qui est parfois valable, exercer une action psychologique, de persuasion et rendre service comme cela,"

"ou alors on peut penser que ce sont des malades spéciaux, ayant besoin d'un conseil avisé, et là on est extrêmement limité par les délais d'attente pour une consultation ou une hospitalisation éventuelle quand le cas est complexe".

Tous les médecins remarquent qu'une première difficulté est constituée par la réticence des malades à aller consulter le psychiatre, que ce soit en cabinet privé ou en consultation dans un service de neuropsychiatrie d'un hôpital général.

"En France, le psychiatre c'est l'ennemi. Mais cela a un peu changé, la réticence est moins forte qu'autrefois, mais quand elle existe elle est forte ("un neurologue, mais pas un psychiatre, il soigne les fous"). Ils y retournent quand ils ont vu le psychiatre une fois, le déballage leur fait du bien".

Pratiquement tous les médecins ont insisté sur cette difficulté et deux d'entre eux l'ont comparée au sentiment qu'éprouvait il y a quelques décades, le malade qu'on envoyait au phthisiologue, et actuellement le malade qu'on envoie au centre anticancéreux.

L'envoi en consultation chez un psychiatre équivaut au diagnostic de folie. C'est pourquoi la consultation chez un "neuropsychiatre" ou à l'hôpital neurologique est vécue comme moins dangereuse que l'envoi en consultation dans un hôpital psychiatrique (sauf pour les gens qui y ont fait un séjour). L'étiquette de fou reste douteuse.

J'ai eu l'impression que la présentation de cette réticence du malade s'expliquait en partie par celle du médecin.

"Le médecin praticien hune le besoin d'aller plus loin, mais il est souvent gêné pour envoyer à certains spécialistes et en particulier le psychiatre. Il y a un complexe de la part du médecin praticien, on n'a pas beaucoup de formation".

Un autre médecin déclare "je m'intéresse à la psychologie et cette inclination date de toujours, et c'est une chose différente de la médecine, aussi j'ai lu beaucoup de livres de psychiatrie et de psychologie. En fait, maintenant, ça se rejoint dans mon esprit, mais je ne joue pas au psychiatre, je n'en suis pas capable".

"Certains malades, en particulier dépressifs, je n'ai pas l'audace ou les connaissances nécessaires pour m'en occuper. Je ne les garde pas parce que j'ai l'impression de leur faire perdre du temps ou de perdre le mien. Aussi dans l'intérêt des deux parties, je les

envoi en consultation. Les malades acceptent très bien que le médecin traitant s'avoue vaincu devant leur état et demande l'avis du spécialiste".

Quelques médecins disent envoyer au psychiatre "un peu pour se débarrasser, quand il semble qu'on ne va pas venir à bout des symptômes présentés".

Enfin la communication avec le psychiatre se fait souvent indirectement, par lettres ou le téléphone. Un médecin qui travaille en cabinet de groupe aurait souhaité faire venir un psychiatre pour parler ensemble de quelques malades, comme il le fait pour d'autres spécialistes, mais cela n'a pas pu se réaliser en raison de difficultés de locaux jusqu'à présent. Rares sont les médecins qui ont une relation directe et personnelle avec un psychiatre.

Ces informations sont à la fois éparses et incomplètes parce qu'elles représentent simplement les réflexions exprimées spontanément par les médecins au cours de l'entretien.

2) - LA RELATION AVEC L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE

"Pour beaucoup de gens, le Vinatier c'est Bron, c'est l'asile". "Beaucoup de malades préfèrent se ruiner en clinique plutôt que d'y aller".

Dans ce monde clos, mystérieux et dangereux, les médecins n'aiment pas se risquer. Rares sont ceux qui y ont pénétré : en effet 40 médecins sur 50 n'ont jamais mis le pied à l'intérieur d'un hôpital psychiatrique, ni non plus d'une "maison de santé".

3 médecins ont eu l'occasion de pénétrer à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique, il y a plus de 20 ans, et ont été tellement épouvantés qu'ils n'y sont plus jamais retournés. L'un d'eux dit : "Vous devriez nous le faire revisiter, le Vinatier, il faudrait peut-être nous donner plus l'habitude de les voir, les fous".

Un autre médecin pense que "la famille n'apprécierait pas que le médecin aille voir son malade hospitalisé à l'hôpital psychiatrique, elle se sentirait gênée".

7 médecins cependant vont voir leurs malades hospitalisés à l'hôpital psychiatrique et prennent contact avec le spécialiste qui en a la charge. L'un d'eux accompagne chaque malade qu'il y envoie et prend contact avec l'interne de garde. Ces contacts établis leur ont paru à tous satisfaisants.

Il est important de souligner que la plupart des médecins insistent sur les difficultés qu'ils ont à trouver le temps suffisant pour aller voir leurs malades admis dans les services de médecine et de chirurgie.

Enfin, lorsqu'ils peuvent prendre le temps d'y aller ils se heurtent non pas même à une hostilité mais plutôt à une indifférence, sauf s'ils ont la chance d'avoir des relations amicales avec un médecin du service. Ils se sentent souvent mal reçus, comme "des étrangers", "des gêneurs" ou même "des ignorants" ou "pas mieux que des représentants de laboratoire".

Dans le cadre de ces relations avec l'hôpital, l'hôpital psychiatrique représente le parent pauvre. Le fait que le généraliste ne l'ait pas fréquenté au cours de ses études, joue certainement un rôle déterminant.

Un médecin exprime ses idées au sujet des relations entre le généraliste et le médecin spécialiste ou hospitalier : "Chaque spécialiste devrait exercer pendant quelques années, le métier de généraliste de ville ou de campagne. C'est deux mondes séparés et à plus forte raison pour le Vinatier".

En sens inverse, les relations dans le sens hôpital psychiatrique-généraliste ne paraissent pas beaucoup plus fréquentes. Interrogés sur la fréquence de la réception d'une lettre explicative à la sortie du malade de l'hôpital psychiatrique, les médecins ont répondu :

<u>médecins</u>	<u>réception d'l lettre</u>
16	jamais
7	exceptionnellement
18	pas toujours
9	pratiquement toujours

Un certain nombre de médecins qui adressent leurs malades au Pavillon d'urgence médicale pensent que leur lettre d'admission peut se perdre entre l'hôpital général et l'hôpital psychiatrique, ce qui expliquerait l'absence de réponse.

Un médecin qui adresse souvent directement à l'hôpital psychiatrique, se demande si l'anonymat de sa lettre d'admission ne vexé pas le confrère spécialiste.

Un autre médecin me dit faire toujours des lettres d'admission détaillées et réclamer une réponse s'il n'en reçoit pas.

Un généraliste pense que c'est "regrettable d'en être privé, car c'est là une forme intéressante d'enseignement post-universitaire".

Plusieurs praticiens m'ont montré les lettres de réponse qui les ont satisfaits et qu'ils ont trouvées compréhensibles. Mais ceci est loin de représenter la majorité des cas.

4 médecins ont dit que les lettres de réponse étaient plus fréquentes depuis quelques temps et ce fait correspondait chronologiquement avec l'établissement de la répartition intra-hospitalière des malades par secteur géographique. "J'ai reçu récemment une lettre détaillée concernant deux de mes malades hospitalisés au Vinatier et cela m'a beaucoup étonné, tellement c'est inhabituel".

CONCLUSION

L'étude des relations entre le généraliste et l'hôpital psychiatrique montre que les communications s'établissent difficilement aussi bien dans un sens que dans l'autre.

Si le généraliste se risque rarement à pénétrer à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique, il rédige cependant une lettre d'admission qui est en général plus qu'un laconique "prière d'admettre".

Le spécialiste de l'hôpital psychiatrique public ne se risque pas toujours à rédiger une lettre de réponse au médecin généraliste. Il y a là une réalité de "captation du malade". "Quand j'hospitalise un malade au Vinatier, je n'en entends plus jamais parler", dit un généraliste, "en sort-il, y reste-t-il ? je ne sais qu'occasionnellement, en général par la famille".

CHAPITRE V

LE GÉNÉRALISTE ET LA
POLITIQUE DE SECTEUR
EN HYGIÈNE MENTALE

Le généraliste et la politique de secteur en hygiène mentale

INTRODUCTION

Dès le premier contact épistolaire avec les médecins généralistes, le problème de la création d'une sectorisation de l'hygiène mentale était évoqué rapidement en vue d'expliquer la modalité de choix qui avait déterminé la demande d'interview. Il est intéressant de remarquer que 3 médecins avaient retenu de la lettre seulement ce paragraphe, qui leur paraissait par son aspect administratif, aller à l'encontre de leur conception d'une médecine libérale.

Nous envisagerons deux problèmes connexes :

- 1) - L'attitude du généraliste vis à vis de la sectorisation géographique intrahospitalière
- 2) - L'opinion du généraliste vis à vis de la sectorisation extrahospitalière, représentée par la création de dispensaire d'hygiène mentale.

1) - LA SECTORISATION INTRA-HOSPITALIERE

Dans la mesure où la majorité des médecins hospitalisent en général directement les malades psychotiques aigus au service d'urgence médicale, l'orientation du malade ne dépend pas d'eux et la sectorisation ne change rien à la situation.

Pour les malades dont l'hospitalisation n'est pas urgente, c'est toujours le psychiatre consultant qui décide de l'orientation.

Parmi les 8 médecins qui adressent éventuellement leurs malades directement à l'hôpital du Vinatier, 6 médecins n'interviendraient pas dans l'orientation de leurs malades avant l'établissement de la sectorisation, mais en laissaient le soin à l'interne de garde. Un médecin pense que l'orientation peut poser un problème lorsqu'il envoie à un psychiatre privé mais "qu'à l'hôpital, les compétences des différents médecins se valent et que la répartition des malades d'après un critère géographique ne change rien". Le 8e médecin déclare "on aime être libre de choisir le médecin vers qui on envoie quelqu'un. Si on me force à envoyer vers un médecin, même si je l'aime bien, je n'aurai plus l'impression d'avoir mon libre choix et cela me froissera un peu. C'est peut-être une mauvaise habitude que nous avons, oui, mais dans l'optique des résultats, je répartiss un peu mes malades diversement car je pense que certains psychiatres réussissent mieux avec certains types de malades".

Ainsi, en règle générale, la sectorisation intrahospitalière n'apporte pas de modifications importantes dans l'orientation du malade où le généraliste est toujours peu intervenu.

2 médecins ont trouvé un certain changement dans les relations épistolaires depuis la création du secteur hospitalier. Non seulement ils reçoivent plus régulièrement des lettres à la sortie du malade, mais parfois en cours d'hospitalisation, ce qui ne s'était jamais produit antérieurement. Dans cette perspective

d'amélioration des relations avec l'hôpital psychiatrique, plusieurs médecins pensent que la continuité de contacts avec une même équipe hospitalière peut être bénéfique.

2) - LA SECTORISATION EXTRA-HOSPITALIERE :
LE DISPENSAIRE D'HYGIENE MENTALE

41 médecins ont été interrogés sur leur opinion concernant la création éventuelle d'un dispensaire d'hygiène mentale de secteur. Schématiquement, on peut classer ainsi leurs réponses :

<u>Réponses</u>	<u>nombre de médecins</u>
Gr. 1 très intéressant	10
Gr. 2 intéressant	6
Gr. 3 intéressant pour les malades inintéressant pour les médecins	7
Gr. 4 discutable	2
Gr. 5 inutile	11
Gr. 6 opposition franche	5

GROUPE 1 (10 médecins) "très intéressant"

Les explications concernant ces opinions ne peuvent se résumer facilement. C'est pourquoi je préfère en citer quelques unes in extenso

- "Ce serait une chose très intéressante à organiser, cela permettrait au médecin praticien de faire débrouiller un certain nombre de problèmes de malades qui, pour de multiples raisons, ne peuvent pas consulter le psychiatre ni au cabinet, ni en consultation hospitalière. Le dispensaire serait plus proche de la population. L'idéal serait que le médecin praticien puisse en abuser, je vous assure, j'aurais des contacts fréquents avec le médecin spécialiste. Il y a des quantités de techniques psychothérapiques qui débordent le cadre de la formation du médecin praticien. Le confrère spécialiste pourrait apporter des avis au généraliste qui n'a pas le temps de résoudre ces problèmes".

- "Le dispensaire faciliterait les choses pour le malade et pour le médecin aussi. On pourrait peut-être avoir un contact plus direct. La relation personnelle serait bénéfique pour les deux, le généraliste et le psychiatre".

- "Je suis pour le dispensaire. Il y a un manque d'information du médecin et du malade. Il faudrait qu'il y ait entente, osmose, entre le dispensaire et le médecin. Et puis, cela me rendra service, j'ai trop de clients. Mais, sur le plan national, le médecin qui est un commerçant tant qu'il n'est pas fonctionnarisé, ne peut pas voir de gaité de coeur, s'installer un super-marché de la psychiatrie dans son quartier. Les rôles du généraliste et du psychiatre se recoupent. Il faut qu'ils ne soient pas ennemis mais coopérateurs".

Ces médecins pensent qu'un dispensaire d'hygiène mentale répond à un besoin qui leur paraît important. Ils seraient très intéressés par une telle création et insistent longuement sur la nécessité d'une collaboration très étroite avec les spécialistes qui en auraient la charge.

GROUPE 2 (3 médecins) "intéressant"

- "Je suis pour, à 3 conditions :

1, que les consultations soient exclusivement sur rendez-vous,

2, que les locaux soient agréables

3, qu'il y ait de bonnes relations avec le spécialiste"

- "Comment concevez-vous le traitement dans un dispensaire
Car si c'est simplement pour une consultation de dispensaire, je ne crois pas que cela donne de bons résultats. Il faudrait manier autre chose que des médicaments c'est à dire des techniques de relaxation, de psychothérapie de groupe ou individuelle".

- "Cela me rendrait service. Les services de consultations hospitalières sont insuffisants : trop longs délais d'attente, malades vus trop rapidement. C'est un conseil que l'on demande, plus complet que celui que l'on a quelquefois. Mais les gens ont une prévention contre le dispensaire qui équivaut pour eux à une médecine au rabais. Donc, tant mieux, le dispensaire n'est pas dangereux pour le généraliste. Tout malade vu dans un dispensaire devrait être envoyé par un généraliste".

- "Ce serait bénéfique pour le malade et intéressant pour le généraliste qui acquerrait une formation au contact du psychiatre. Ce devrait être un organisme que l'on puisse consulter du jour au lendemain".

Ces médecins sont intéressés par le dispensaire qui représenterait un organisme facile d'accès et pour le généraliste, et pour le malade. Ils insistent comme le groupe 1 sur l'importance de relations étroites et personnelles avec le psychiatre.

GROUPE 3 (7 médecins) "intéressant pour le malade
inintéressant pour le médecin"

"Je n'en vois pas l'intérêt, il existe des consultations hospitalières et des psychiatres installés. Ce sera peut-être plus commode pour les malades".

"Ce peut être intéressant pour le malade qui a des difficultés financières, car le délai d'attente est trop long pour les consultations hospitalières et les psychiatres privés trop chers".

"Je ne vois pas ce que cela ajouterait à ce qui existe déjà. Ce serait peut-être plus commode pour les clients, mais ne représenterait pas tellement un avantage pour le médecin".

"Cela pourrait être bon pour le malade au point de vue psychologique. Consultation type Vinatier, en dehors du Vinatier. Ceux qui ont la phobie du Vinatier iraient".

Ces médecins pensent que le dispensaire, s'il ne répond pas à un souhait du généraliste, peut présenter certains avantages d'ordre financier ou psychologique, pour le malade.

GROUPE 4 (2 médecins) "discutable"

Ces 2 médecins pensent que leur attitude dépendrait de la conception du dispensaire. Le premier pense que "si c'est un dispensaire à la chaîne, type consultation de nourrissons, cela n'a aucun intérêt". Le deuxième dit qu'il n'en voit pas l'utilité et pose la question "Est-ce que ce sera toujours le même médecin qui verra le même malade ?"

Ces deux attitudes paraissent correspondre à l'opinion que dans un dispensaire on travaille à la chaîne, que les rapports médecin-malade ne sont pas personnalisés, et que si cela peut être valable pour des consultations de nourrissons ou des dépistages systématiques, cela ne l'est pas pour des malades posant des problèmes psychiatriques ou psychologiques.

GROUPE 5 (11 médecins) "inutile".

Ces 11 médecins estiment que la création de dispensaire ne correspond pas à un besoin.

Cette opinion s'exprime généralement ainsi :

"Je ne vois pas ce que cela ajouterait à ce qui existe déjà".

Les institutions de soins et leur service de consultation externe, "les psychiatres installés", représentent pour ces médecins un ensemble thérapeutique qui leur donne satisfaction et ils ne voient pas la nécessité de changer quelque chose.

L'expression de cette opinion s'est accompagnée de peu de commentaires explicatifs et elle était livrée comme la constatation d'un fait évident. Cependant l'intonation et l'adverbe "parfaitement" accompagnant parfois le mot "inutile" m'a paru exprimer dans la plupart des cas une réticence ou une opposition à la création de dispensaire.

GROUPE 6 (5 médecins) "formellement contre"

Ces 5 médecins manifestent leur opposition à la création de dispensaire :

- "la psychiatrie est pour moi essentiellement hospitalière, comme le traitement de la tuberculose".

- "Le médecin généraliste sera court-circuité, les gens iront directement au dispensaire et cela a des inconvénients car le spécialiste ne voit pas l'ensemble".

- "Je suis formellement contre cette forme de médecine sociale. Les malades peuvent être suivis en consultation externe".
 "Les gens n'aiment pas aller en consultation à l'hôpital ou dans un dispensaire. Pour moi, je suis contre, étant farouchement individualiste".

Cette opinion est basée sur l'impression que le dispensaire va à l'encontre d'une tradition de médecine libérale et représente une médecine dévalorisée, "une médecine au rabais" aux yeux du malade.

Conclusion

41 médecins ont exprimé leur opinion au sujet de la création de dispensaire d'hygiène mentale dans leur secteur

-16 médecins pensent que ce projet les intéresse à condition que des relations étroites existent entre eux et le spécialiste

-7 médecins estiment que le dispensaire, s'il peut être intéressant pour les malades parce qu'il serait plus facile d'accès que la consultation psychiatrique hospitalière ou privée, est inutile et même gênant pour le généraliste

-2 médecins expriment leur réserve devant un tel projet

-16 médecins manifestent leur opposition de manière plus ou moins passionnelle.

Ainsi, une minorité de médecins (16 sur 41) est intéressée par le projet.

25 médecins expriment leur réticence ou leur opposition. Ceci paraît correspondre au sentiment que leur appartenance à une collectivité de quartier leur octroie une fonction de médecin de famille. Le spécialiste viendrait de l'extérieur, sans forcément établir des contacts avec eux et ils pensent que ce court-circuitage ne serait pas bon pour eux, ni dans la plupart des cas, pour leurs malades. Pour certains, la création d'un dispensaire va à l'encontre de leur conception d'une médecine traditionnellement libérale.

CONCLUSION

La politique de sectorisation de l'hygiène mentale a été envisagée du point de vue du médecin généraliste.

La sectorisation intra-hospitalière concerne peu le médecin généraliste qui intervient peu dans le traitement des psychotiques, qui représentent la clientèle essentielle de l'Hôpital psychiatrique.

Il n'en est pas de même de la sectorisation extra-hospitalière, car les clients éventuels du dispensaire seraient représentés par des névrotiques qui sont généralement traités par le généraliste. Ceci explique qu' une proportion de près des 2/3 des généralistes manifeste sa réticence ou son opposition devant les projets de création de dispensaires d'hygiène mentale. Le 1/3 qui serait favorable à une telle création exprime la nécessité de contacts suivis et étroits entre le dispensaire et le médecin généraliste.

C O N C L U S I O N S

CONCLUSIONS

1) L'étude des relations entre psychiatre et généraliste est un sujet d'actualité ainsi que le montre l'enquête-interview effectuée auprès de médecins généralistes d'un secteur géographique suburbain lyonnais, comprenant 3 agglomérations de 105.000, 27.000 et 12.000 habitants. 52 généralistes ont été contactés 50 ont accepté l'interview, dont les conclusions sont résumées ci-après.

2) Les difficultés de la vie moderne créent des états psychopathologiques mineurs où n'intervient pas toujours le psychiatre, mais bien plus souvent le médecin généraliste.

Les progrès chimiothérapiques accomplis récemment dans le domaine des médicaments psychotropes mettent à la disposition du généraliste une gamme importante de moyens thérapeutiques qui s'allient à l'influence psychologique du médecin. Le généraliste emploie donc les mêmes médicaments que le psychiatre, fréquemment et sans avis spécialisé préalable pour 26 d'entre eux sur 50, dans le traitement des "fonctionnels", des états dépressifs et anxieux mineurs qui, de l'avis de tous les généralistes, sont de plus en plus fréquents.

3) Le généraliste est moins souvent confronté avec "les véritables malades mentaux", les psychotiques. Il lui arrive d'avoir des problèmes de postcure : 29 sur 50 suivent quelques psychotiques en postcure, en relation avec le psychiatre. Pour les généralistes, un problème délicat est celui de l'hospitalisation des malades agités.

4) Ainsi est posé le problème des relations du généraliste avec les psychiatres publics et privés. L'hôpital psychiatrique apparaît comme "un monde ignoré" où le généraliste pénètre rarement et qu'il a peu fréquenté au cours de ses études.

5) L'organisation de la psychiatrie publique en secteurs géographiques devrait rendre plus fréquents et plus faciles les contacts entre psychiatre et généraliste, bien que ces derniers aient la crainte de voir disparaître le libre choix du spécialiste et que seule une minorité de praticiens soit favorable à la création de dispensaires d'hygiène mentale, dans la crainte de voir "capter leurs malades" ou "court-circuiter le généraliste".

Le Président de la Thèse :
Professeur DECHAUME

Pour le Doyen,
L'Assesseur,
J. DORCIE

Vu et permis d'imprimer
LYON, le 10 juin 1966

Le Recteur, Président du
Conseil de l'Université,
P. LOUIS

BIBLIOGRAPHIE

1) Aspects méthodologiques

- 1 - AMERICAN JOURNAL OF SOCIOLOGY 1959 - Numéro spécial consacré aux entretiens
- 2 - BETTELHEIM C. Comment on mène une enquête sociologique Paris - C.D.U.
- 3 - MACCOBY E. et H. The interview : a tool of social Science in LINDZEY G : Handbook of Social Psychology
- 4 - MAISONNEUVE J. Les techniques d'entretien in Bulletin de Psychologie, tome XII, 11
- 5 - MAISONNEUVE J. L'entretien, in Bulletin de Psychologie tome XV, 5-6
- 6 - NAKHOU C. L'entretien psychologique Paris, P.U.F. 1968
- 7 - PAGES M. L'orientation non directive en psychothérapie et en psychologie sociale, Paris, Dunod 1965
- 8 - ROGERS C. et
MARLAN KINIST G. La conduite de l'interview ch. IV in Psychothérapie et relations humaines Publications universitaires - Louvain 2e édition 1965

2) Le généraliste et le médicament psychotrope

- 1 - DAGOGNET La raison et les remèdes ,Paris, P.U.F.
- 2 - DECHAUME J., GUYOTAT J., JOUVET J., SCHOTT B.,
La chimiothérapie neuropsychiatrique in Revue lyonnaise de Médecine, n° spécial 1962, compte-rendu des journées lyonnaises de Médecine.
- 3 - GATTO L.E. Les problèmes de psychiatrie en médecine générale. Les meilleurs médicaments et les réponses dans le domaine de la psychiatrie in SOUTHERN MEDICAL JOURNAL 21-23 janvier 1965
- 4 - FAVRE-TISSOT M., BROUSSOLLE P., ROBERT J.M., DUMONT L.,
Psychopharmacologie et tératogénèse : bilan d'une première enquête clinique in Annales médicopsychologiques 1964, n° 3

- | | | |
|------------------------------|---|---|
| KISSEL P. et
BARRUCAND D. | 5 | Placebos et effet placebo en médecine,
Paris, Masson, 1964. |
| KRANE M. | 6 | Le problème des tranquillisants en pratique
générale, leurs limites et leur emploi sans
discrimination, Minerva Med. 56, mai 1965 |
| VORSTER D. | 7 | Médicaments utilisés en psychiatrie et trai-
tement pendant la grossesse. Brit. J. Psy-
chiatr. 111- mai 1965 |

3) Le généraliste et le malade

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1 - APPEAU A. | Attitudes psychothérapiques spontanées des
médecins, Thèse, Lyon, 1963 |
| 2 - BALINT M. | Le médecin, son malade et la maladie
Paris, P.U.F. 1960 |
| 3 - Revue ESPRIT | Les médecins vous parlent de la médecine
n° 2 1967 |
| 4 - FATTER E.A. | Les problèmes de psychiatrie en médecine
générale. Les maladies psychiatriques : celles
qui peuvent être traitées en cabinet
Southern Med. J. 58, 20-21 janvier 65 |
| 5 - FREOUR P. et colla-
borateurs | La psychiatrie et les médecins in l'Hygiène
mentale n° 5, 1961 |
| 6 - FOUCAULT M. | Naissance de la clinique Paris, P.U.F. 1963 |
| 7 - HIESCH W. | L'omnipraticien et le malade "déprimé"
PRIN. MED. 63 décembre 62 |
| 8 - ISRAEL L. et G. | Le jeu du docteur et la relation malade-
médecin in Revue de Neuropsychiatrie infan-
tile, 9-10 - 1961 |
| 9 - KARLINER K. | La psychiatrie en médecine générale
JEW. MENT. HOSP. BULL. New-York 7 oct. 1962 |
| 10 - KERRACHER D.G. | La psychiatrie en médecine générale in
CANAD. MED. ASSOC. J. 88 18 mai 63 |
| 11 - NACHT S. | Ce que le malade attend du médecin in
Revue française de Psychanalyse 7-8 1958, 4 |
| 12 - PARSONS T. | La maladie et le rôle du médecin in Amer.
J. of Orthopsychiatry 21-1951 n° 3 |

- 13 - PAYCHA F. Cybernétique de la consultation, Paris
Gauthier Villars 1963
- 14 - ROGERS C. La relation thérapeutique in Bulletin de
Psychologie tome XVII n° 1 1962
- 15 - SARANO J. Médecine et médecin, Paris, Le Seuil, 1959
- 16 - SCHEIDER B. L'essor du généraliste psychiatre.
World Med. J. 12 janvier 65
- 17 - VALABREGA La relation thérapeutique, malade et médecin
Flammarion 1962
- 18 - VICTERS G. Médecine Psychiatrie et Médecine générale
Lancet, 1, 15 mai 65

4) Le généraliste et le psychiatre

- 1 - ARTIQUE H. Les psychiatres, les généralistes, ou "à
chacun sa vérité" in Information psychiatr.
2 févr. 66
- 2 - BENOIT P. A propos de la formation psychologique des
médecins in Revue de médecine psychosoma-
tique 6 oct. déc. 64
- 3 - BONIAFFE L. Le personnage du psychiatre : étude méthodo-
logique in Evolution psychiatrique fasc.III
1963
- 4 - BRISSET CH. Psychiatrie et médecine in l'Evolution
psychiatrique supplément au n° 3 1965 :
Livre Blanc de la psychiatrie française I
- 5 - CRANK H.F. Le psychiatre et le généraliste, Southern
Med.J. 58 19-20 janvier 65
- 6 - KOURILSKY E. GENDROT J.A., RAUBAULT E.
La formation psychologique des médecins
Paris, Maloine 1964
- 7 - MOSCOVICI S. Le psychanalyste, son image et son public
Paris, P.U.F. 1961
- 8 - SARANO J. Difficultés et modalités de la collaboration
entre médecins et psychiatres Information
psychiatrique 41 mars 1965

5) Le généraliste et la politique de secteur

- 1 - BONNIAT L. La psychiatrie de secteur in Information
psychiatrique sept. 1965
 - 2 - BEQUART P. Psychiatrie de secteur dans la communauté
du XIII^e à Paris in Information psychiatr.
juillet 1965
 - 3 - DAUFREON G. Problèmes de la psychiatrie de secteur en
France in Information psychiatrique sent. 64
 - 4 - DO J.P. Contribution à l'étude de la politique
sanitaire de secteur, Thèse, Lyon 1966
 - 5 - JEANNEAU A. Secteur, libre choix et service libre
Information psychiatrique mars 1962
 - 6 - PY C., PY O. ROCHE G. La psychiatrie de secteur ou le psychiatre
dans le monde.... et par les yeux du profane
in Information psychiatrique février 1966
-

	Pages
3e CHAPITRE : Le généraliste et le malade	48
1) - Les fonctionnels	49
2) - Les psychotiques	53
1 - fréquence	53
2 - problèmes d'hospitalisation	54
3 - la postcure	56
3) - Conclusion	57
4e CHAPITRE : Les relations entre le généraliste et le psychiatre	58
1) - La relation avec le psychiatre	59
2) - La relation avec l'hôpital psychiatrique	61
3) - Conclusion	64
5e CHAPITRE : Le généraliste et la politique de secteur en hygiène mentale	65
1) - La sectorisation intra-hospitalière	67
2) - La sectorisation extra-hospitalière	68
3) - Conclusion	74
CONCLUSIONS	76
BIBLIOGRAPHIE	78
